Rok LII. Kraków, dnia 15. marca 1913. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i **Dr Stefan Rudzki**

Dyrektor Sanatoryum I. asystent.

Sprawa rozpoznania gruźlicy zapomocą tuberkuliny nie jest ani z teoretycznego, ani z klinicznego stanowiska dostatecznie wyjaśniona.

Badania anatomo-patologiczne wykazują nam wprawdzie zmiany, jakie zachodzą wskutek działania tuberkuliny w narządach wewnętrznych, dotniętych gruźlicą; spostrzeganie zaś bezpośrednie wykrywa takie zmiany w tkankach bardziej powierzchownych, naszemu wzrokowi dostępnych. Bliższe jednak działanie tuberkuliny na żywe komórki ustroju, czyli jej działanie biologiczne, nie jest dotąd dokładnie wyjaśnione.

Z historyi tuberkuliny wiadomo, że dla rozstrzygnięcia tego zagadnienia usiłowano stworzyć kilka teoryi, które — będąc niejednokrotnie w sprzeczności z sobą — dostatecznie nie tłomaczą różnych znanych objawów klinicznych. Teorya »chemotaktyczna« Hertwiga, która panowała przez lat kilkanaście, została obalona przez teoryę Wassermanna. Ta jednak niedługo zdołała się utrzymać, gdy badania Pirqueta i Wolff-Eisnera namacalnie wykazały, że odczyn tuberkulinowy występuje nietylko w tkankach schorzałych, dotkniętych gruźlicą, lecz ukazuje się wyraźnie w tkankach zdrowych u ludzi i zwierząt, zakażonych gruźlicą. Zachodzi pytanie, czy teorya »allergii« Pirqueta lub teorya »lizyn« Wolff-Eisnera, obaliwszy teoryę Wassermanna, zdołają same wyjaśnić dostatecznie działanie tuberkuliny na ustrój? Obie oparte na doświadczeniu, mając poniekąd wspólny punkt wyjścia biologiczny, tłomaczą nam szeregi zjawisk z dziedziny działania na ustrój obcego białka wogóle, a więc i przetworów z lasecznika gruźlicy. Pozostawiają jednak niektóre pytania bez rozstrzygnięcia, i to pytania ważne, na które klinicysta ma prawo szukać odpowiedzi.

Już dawniej podnosiliśmy ten znany fakt kliniczny, że odczyn tuberkulinowy nie występuje u ciężko chorych z powodu jakoby przeładowania ustroju toksynami gruźliczemi. Tłomaczenie takie nie zgadza się jednak z samą zasadą teoryi Pirqueta, wedle której wprowadzenie wywoływacza do ustroju, posiadającego niweczniki, powinno wywoływać odpowiedni odczyn. Pozostawałoby przypuszczenie, że cały zapas niweczników u ciężko chorych jest związany — jak twierdzi Wolff-Eisner — przez jady gruźlicze. Ale teza taka doświadczalnie dowiedzioną nie jest, są to tylko przypuszczenia.

Możemy dalej wskazać na drugie znane zjawisko, a mianowicie: brak odczynu u zdrowych po kilkakrotnem wstrzyknięciu tuberkuliny. I to zjawisko stoi w sprzeczności z teoryą Pirqueta, gdyż, zgodnie z nią, jednorazowe wstrzyknięcie tuberkuliny, jako obcego białka, powinno wprowadzić ustrój w stan »allergii«, a więc wprowadzenie doń wywoływacza (antygenu) w postaci tuberkuliny przy następnem wstrzyknięciu, dać powinno odczyn. Dzieje się jednak inaczej. Dla czego? Na pytanie to nie mamy dziś zadowalniającej odpowiedzi.

Ale pomijając już niedostateczność teoryi Pirqueta i Wolff-Eisnera dla wytłomaczenia takich znanych zjawisk klinicznych, spotykamy w ostatnich czasach nową jeszcze teoryę Friedbergera, opartą na wynalezionej przez niego anafilatoksynie. Jeśli teorya ta, którą spotkała już ostra krytyka, ostatecznie się utrzyma, to dwie wyżej wymienione teorye muszą doznać znacznej modyfikacyi. Badania i doświadczenia Friedbergera wykazują, że odczyn występuje nie wskutek samego z e t k n i ę c i a wywoływacza z niwecznikiem, lecz że główną rolę odgrywa dopełniacz i to dla tego, że przy związaniu białka z anti-białkiem wyzwala odrębne ciało trujące: anafilatoksynę. Wykrycie tego ciała rzuca nowe światło na całą sprawę anafilaksyi, a tem samem i na odczyn tuberkulinowy, będący tylko jednem z ogniw w łańcuchu wielce złożonych i niewyjaśnionych dotąd zjawisk biologicznych. Istotnie, od czasów wynalezienia tuberkuliny i pierwszego jej stosowania dla celów rozpoznawczych [1]), zasadnicza jej rola polega na tem, aby przez odpowiedni odczyn dać możność wykrycia gruźlicy tam, gdzie środki fizycznego badania, przy nieobecności lasecznika Kocha w wydzielinach ustroju, okazują się niedostateczne. Taka jednak ogólna formuła ze stanowiska klinicznego musi być rozszerzoną do dalszych granic. Pomijając już szczegóły, dotkniemy rzeczy ważniejszych. Przede-

[1]) O leczniczem jej stosowaniu, jako nie wchodzącem w ramy naszej pracy, nie mówimy.

wszystkiem pamiętać należy, iż zasadniczą cechą odczynu powinna być jego swoistość. Zasada ta jednak, jak wykazuje klinika w świetle całej historyi tuberkuliny, ma dość liczne i dobrze znane wyjątki. Mówić o nich zbyteczna.

Co się tyczy rozpoznawczego stosowania maści Moro, napotykamy również dość jaskrawe wyjątki.

Moro sam zaznacza, iż znajdował odczyn tuberkulinowy u ozdrowieńców po płonicy, po plamicy (purpura) — 11 dodatnich wyników na 14 prób z maścią — po pląsawicy i t. d. u osobników, klinicznie niepodejrzanych o gruźlicę. Jest to więc już słaba strona tej nowej metody rozpoznawczej. Możnaby ją do pewnego stopnia pominąć, gdyby jednocześnie nie chodziło o rzecz jeszcze ważniejszą ze stanowiska i klinicznego i społecznego, a mianowicie: czy tuberkulina ujawnia nam ogniska ukryte czynne lub nawpółczynne, niedostępne fizycznemu badaniu, czy też także i ogniska nieczynne, wyleczone, które żadnego życiowego znaczenia dla danego osobnika nie mają, a są, zgodnie z badaniami Naegeliego i innych, takiem częstem zjawiskiem.

Gdy forma rozpoznawczego stosowania tuberkuliny ograniczała się do wstrzyknięć podskórnych wedle metody i techniki Kocha i jego szkoły, cały szereg poważnych klinicystów, jak A. Schmidt, A. Fraenkel, Cornet i inni, ostrze swej krytyki wymierzyli właśnie w te słabe strony odczynu tuberkulinowego. Z ówczesnego piśmiennictwa wiadomo, iż stawiali oni właśnie dwa główne zarzuty rozpoznawczemu stosowaniu tuberkuliny: brak swoistości i wykrywanie ognisk nieczynnych u osobników klinicznie zdrowych, nie wymagających leczenia. Dziś, gdy formy stosowania są więcej różnorodne, dawna krytyka, lecz już na podstawie nowych naukowych danych, zachowała swe prawa. Istotnie badania Enza, Rollego, Sorgo, Krausa-Volka-Loewensteina zachwiały mocno swoistość odczynu tuberkulinowego i pojęcie anafilaksyi, jako podstawy tego odczynu, sprowadzając istotę jego przeważnie do zmian miejscowych, jakie pod wpływem danych warunków zachodzą w skórze. Wchodzić w szczegóły nie będziemy, bo przekraczałoby to ramy naszego artykułu. Zaznaczamy tylko, jak pojęcia o odczynie tuberkulinowym wciąż się zmieniają i wikłają; z drugiej znów strony, na podstawie dostępnego nam piśmiennictwa widzimy, jak nagół niezgodne są wyniki liczbowe u różnych badaczy przy stosowaniu próby Pirqueta, Wolffa-Eisnera lub Moro. Ale co ważniejsza, to różne próby dają wynik ujemny, gdy ustrój istotnie dotknięty jest gruźlicą. Wprawdzie autorowie zgadzają się na tym punkcie, że w ciężkich przypadkach — zwłaszcza w gruźlicy prosówkowej i zapaleniu opon mózgowych — próba tuberkulinowa w jej różnych postaciach wypada zazwyczaj ujemnie, ale poza obrębem tych ciężkich form gruźlicy pozostają przypadki lżejsze z wynikiem ujemnym bez dostatecznego uzasadnienia.

Co się tyczy próby Moro, to u samego autora w dwu jego pracach spotykamy wyniki bardzo różnorodne. Raz u 1034 dzieci widzimy 17% wyników ujemnych przy istnieniu jawnej gruźlicy, (»manifeste Tuberkulose«, dokąd autor wlicza też gruźlicę prosówkową i gruźlicze zapalenie opon) i znów u 388 dzieci 25% ujemnych wyników również przy jawnej gruźlicy.

Z drugiej strony dodatnie wyniki różnych postaci próbnego stosowania tuberkuliny u osób, nie wzbudzających podejrzenia co do gruźlicy, przedstawiają się w świetle cyfr u autorów bardzo rozmaicie. Jako charakterystyczne przykłady możemy przytoczyć cyfry Emmericha: u niepodejrzanych co do gruźlicy Pirquet 73%, Moro 32% dodatnich wyników. Z tej też racyi Emmerich dodatniej próbie Pirqueta odmawia niemal wszelkiego znaczenia.

Rolly u niepodejrzanych spotyka próbę Pirqueta dodatnią w 80% i z tej przyczyny uważa próbę Pirqueta (jak również Moro i Wolff-Eisnera) za zbyteczną.

Mayrhofer znów uważa próbę Moro za lepszą od Pirqueta, gdyż nie wykrywa »każdego wyleczonego ogniska«.

Lecz i u samego Moro spotykamy u dzieci niepodejrzanych co do gruźlicy liczbowo różne wyniki z jego maścią w dwu wyżej przytoczonych pracach: 1034 dzieci — 12,5% dodatni, 388 dzieci — 17% dodatni.

Jeszcze większe różnice spotykamy u Moro w tych dwu szeregach badań u podejrzanych co do gruźlicy, a mianowicie: 1034 dzieci — 73.5% dodatni 388 dzieci — 53% dodatni.

Bullinger u podejrzanych (w wieku 16—65 lat) otrzymał 70% dodatnich wyników próby Moro. Heinemann u młodych dorosłych (erwachsene Jugendliche) otrzymał następujące wyniki: 1) u podejrzanych 88% dodatni odczyn Moro; 2) w gruźlicy płuc w trzech okresach razem 70% odczyn Moro dodatni.

Wprawdzie niektórzy autorowie, jak Weil i Lejeune, uważają wynik próby Moro dodatni u niepodejrzanych za ważny skądinąd wskaźnik dla rokowania, gdyż spostrzegali oni, jak w krótkim czasie po wyniku dodatnim występowała u niektórych chorych sprawa gruźlicza w płucach, gruczołach lub jelitach. Wręcz jednak przeciwne w tym względzie stanowisko zajmuje Emmerich, uważając właśnie za słabą stronę próby Moro tę okoliczność, iż wykrywa ona ukryte ogniska (»latente Herde«)[2]. Uznaje to zresztą sam Moro i twierdzi, że wynik dodatni jego próby wykazuje: jawną gruźlicę prawie bez wyjątku, bardzo często ukrytą, czasem zaś wyleczone ogniska[3]). Z drugiej strony Kanitz i Monti uważają odczyn Moro za odczyn słabszy od odczynu Pirqueta z tego powodu, że wypada ujemnie przy jawnej gruźlicy. Rolly zaś twierdzi, że odczyn Moro nie daje żadnych wyników pewnych, zarówno dla jawnych, jak i ukrytych ognisk.

Jeśli dotknąć tych ważnych stron odczynu tuberkulinowego, to widzimy wielką niezgodność u autorów przy zestawianiu wyników próby Moro z innemi postaciami próby tuberkulinowej. Jeden Wolff-Eisner tylko twierdzi stanowczo, wbrew innym badaczom, że jego próba spojówkowa jest ze wszystkich najpewniejszą dla różniczkowego rozpoznania gruźlicy czynnej od nieczynnej, gdyż wykrywa tylko czynną gruźlicę, czyli słowami autora: »ujawnia czynność ognisk gruźliczych« (»Offenbarung der Aktivität tuberkulöser Herde«).

Koniec końców w dwóch zasadniczych zagadnieniach klinicznych: 1° czy odczyn tuberkulinowy dodatni wykrywa ogniska czynne, a więc chore i domagające się leczenia,

[2]) Z treści artykułu wynika, iż pod słowem »latente« należy rozumieć ogniska nieczynne.

[3]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. Bd. XII. 245.

2[0] czy odczyn ujemny pozwala i w jakich rozmiarach wyłączyć gruźlicę, — spotykamy dość wybitne sprzeczności zarówno w próbie Moro, jak i w innych.

W ostatnich już czasach tak poważny autor, jak Hamburger, usiłuje dowieść, że najczulszą próbą, a więc czulszą od prób Pirqueta, Wolff-Eisnera i Moro, jest tak zwana »Stichreaktion«, która niejednokrotnie wypada dodatnio tam, gdzie poprzednie próby dawały wyniki ujemne. To samo znów powiadają o śródskórnej próbie Mantoux, Römer i Engel, twierdząc, że próba ta daje dodatnie wyniki tam, gdzie wszelkie poprzednio wyliczone zawodzą. (Znalazła ona u nas gorącego zwolennika w Piotrowskim, patrz »Gaz. lek.« 1910 Nr 25).

Wobec naszkicowanej w bardzo ogólnych zarysach sprawy rozpoznania gruźlicy zapomocą tuberkuliny, wobec tego, że klinika nie ustaliła dotąd, która postać stosowania jej daje najbardziej pewne wyniki, zwróciliśmy się do maści Moro, jako najmniej uciążliwej dla chorych i nie dającej przytem żadnych powikłań.

Celem naszym ze stanowiska klinicznego było potwierdzenie rozpoznania w tych przypadkach, gdzie fizyczne badanie, przy nieobecności lasecznika Kocha, przemawiało za istnieniem ogniska gruźliczego w płucach lub gruczołach. Jednocześnie pragnęliśmy sprawdzić, o ile wynik dodatni próby Moro w rozmaitych swych stopniach lub ujemny przy jednorazowem lub wielokrotnem stosowaniu maści zgadzał się z dalszym przebiegiem klinicznym, czyli, jaką rolę można przypisać próbie Moro pod względem rokowania.

Materyał nasz składa się z 500 chorych, leczonych w Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem. Dokonaliśmy próby Moro na kilkudziesięciu osobach z pośród chorych prywatnych, oraz personalu sanatoryjnego (lekarze, służba), lecz dla jednolitości materyału ograniczamy się do podania wyników doświadczeń na 500 chorych z Sanatoryum, spostrzeganych przez czas dłuższy w jednakowych warunkach. Chorych nie dobieraliśmy, przeciwnie, badania nasze dokonywane były przez pewien czas na wszystkich lub znacznej większości chorych, leczących się w Sanatoryum w danym okresie.

Z omawianych 500 chorych było 253 mężczyzn i 247 kobiet. Co do wieku mieliśmy w tej liczbie także 14 dzieci poniżej 15 lat; reszta 486 byli to ludzie dorośli.

Liczba naszych badań jest wogóle największa w dostępnem nam piśmiennictwie po materyale samego Moro, który opierał się na 1034 przypadkach, ale wyłącznie u dzieci. Z innych autorów Kanitz n. p. podaje 350 spostrzeżeń (na dorosłych i dzieciach), Monti 301 (tylko dzieci), Emmerich 241 (włącznie dorośli) i t. d. i t. d., wreszcie najmniejszą liczbę spotykamy u Lejeunea (27 przypadków u dorosłych).

Materyał nasz tem jeszcze odróżnia się od podanego przez innych autorów, że składa się wyłącznie z osób gruźliczych, a więc góruje nietylko ilością, lecz i jednolitością nad innemi spostrzeżeniami, znanemi nam z piśmiennictwa tego przedmiotu. (Kanitz miał 98 przypadków pewnej gruźlicy, Moro 96, Emmerich 46 i t. d. i t. d., najmniej Lejeune 13).

Wszyscy nasi chorzy dotknięci byli gruźlicą płuc w mniejszym lub większym stopniu. Podług klasyfikacyi Turbana: 257 przypadało na I okres (51,5%), 157 na II (31,5%), 86 na III (17%).

Rozpoznanie kliniczne potwierdzone zostało wykryciem w plwocinie prątków Kocha u 246 chorych, czyli w 49%. U 481 chorych, t. j. w 96% sprawa gruźlicza była czynna ze stanami gorączkowymi lub podgorączkowymi, u 15 (3%) półczynna i tylko u 4 (mniej niż 1%) uznać mogliśmy sprawę za nieczynną.

Prócz gruźlicy płuc mieliśmy w wielu przypadkach powikłania ze strony innych narządów (gruźlicę krtani u 21 chorych, jelit u 6, nerek u 7, gruczołów zewnętrznych u 12, gruźlicę kości u 4, otrzewnej u 3 i po jednym przypadku gruźlicy opon mózgowych, języka, nadnerczy i jąder).

Doświadczenia nasze na tym materyale prowadziliśmy od listopada 1909 r. do grudnia 1911 r., t. j. w ciągu przeszło dwóch lat. Dokonaliśmy w tym czasie na 500 chorych 579 wcierań maści Moro (u 432 chorych po razu, u 61 po 2 razy, u 7 po 3, u jednego 4).

W technice odczynu trzymaliśmy się ściśle wskazówek samego Moro, uważając, że kontrola metody autora może być dokładną tylko przy zupełnem przestrzeganiu jego przepisów.

Wcieraliśmy zwykle kawałeczek maści [4]) wielkości grochu w skórę brzucha w dołku podsercowym lub w skórę piersi koło brodawki sutkowej. Zaledwo w kilku przypadkach próbowaliśmy dokonać odczynu na skórze przedramienia i zgodzić się musieliśmy z Moro, iż miejsce to jest mniej wrażliwe.

Wyborowi miejsca do wcierania nadaje Moro wielkie znaczenie i polemizując z Kanitzem, który otrzymał niepewne wyniki, przypisuje je niewłaściwej technice (»Alle diese Unstimmigkeiten erklären sich damit, dass Kanitz als Stelle der Einreibung »oft« die Haut des Unterarmes wählte«). Podnosi przytem Moro fakt, iż »przy porównawczych pierwotnych jego badaniach okazało się, że najbliżej leżące i najwygodniejsze miejsce do wcierania — skóra przedramienia — mało nadaje się do odczynu: przy wyraźnym bowiem odczynie na widocznie wrażliwej skórze brzucha, odczyn ten kilkakrotnie zupełnie nie występował na przedramieniu [5])«. Częstość ujemnego odczynu z maścią przy klinicznie stwierdzonej gruźlicy w przypadkach Bandeliera i Roepkego objaśnia Moro również wcieraniem w skórę przedramienia.

Z drugiej strony Wetzel wypowiada się za wcieraniem maści w przedramię po stronie zginaczy, jako w miejsce mało uwłosione; również i Kanitz obrał przedramię, gdyż »na owłosionych częściach skóry powstają często po wcieraniu tuberkuliny zapalenia mieszków włosowych, mogące wprowadzić w błąd«.

Natomiast W. Eisner stwierdza na mocy swych doświadczeń, iż »maść tuberkulinowa nie wchodzi wcale w skórę

[4]) Maść przyrządzoną według recepty Moro (Alttuberkulin Koch 5 cm^3 Lanolini anhydrici 5 gr.), sprowadzaliśmy przeważnie z Monachium (Kronenapotheke Lindwarmstrasse) w małych tubkach cynowych, zawierających po 2 gramy. Okazała się ona daleko praktyczniejszą zarówno co do przechowywania, jak i sposobu użycia, od dostarczanej przez wiedeńskie apteki w większych flakonikach.

[5]) Beitr. z Kl. d. Tbc. Bd. XII. s. 251.

i wtedy tylko działanie jej jest widoczne, jeśli wetrzeć ją w mieszki włosowe« [6]).

Na ważność techniki wcierania zwracają uwagę różni autorzy, między innymi Bullinger, który wyraża się, iż »właściwości skóry, długość i sposób wcierania odgrywa wielką rolę«. Wolff-Eisner wysuwa rolę techniki na pierwszy plan i twierdzi, że »wyniki odczynu z maścią tuberkulinową od niej przedewszystkiem zależą«: opiera się on na tem, że w pewnych przypadkach otrzymywał ujemne wyniki, gdy zgodnie z radą Moro wcierał kawałeczek maści wielkości grochu w ciągu $^3/_4$ minuty, dodatni zaś odczyn występował, jeśli wcierał silnie »nieco większą ilość« w ciągu 3 minut [7]).

(C. d. n.).

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Z objawów ocznych, którym podobne pochodzenie przypisywać można, najpewniejszym jest pod tym względem objaw wysadzenia gałek. Mięsień Müller-Landströma, właściwy »protrusor bulbi«, otrzymuje gałązki nerwowe z układu współczulnego i podlega niewątpliwie współczulnym impulsom nerwowym. Na karb tych podniet położyć można z wielkiem prawdopodobieństwem spostrzegane dość często znaczne rozszerzenie źrenic bądź to umiarowe, bądź też bardziej jednostronne. W ten sam sposób pojmuje Kraus [67]) także rozszerzenie szpary powiekowej i retrakcyę błonki mrużnej (m. nictitans), zjawiska, które niemal stale spostrzegał u zwierząt, po wstrzykiwaniach soku, wyciśniętego z tarczycy i zmieszanego z prawidłową surowicą krwi (Kraus i Friedenthal [68]).

Że tarczycę łączą bezpośrednie stosunki z tą częścią układu współczulnego, która zaopatruje w gałązki nerwowe narząd krążenia i oko, o tem przekonać się można także na podstawie doświadczeń, posługujących się i na tem polu adrenaliną, jako wskaźnikiem działania.

Z badań Eppingera, Falty i Rudingera [69]) wiemy, że znany wpływ nadnerczyny na parcie krwi zaznacza się u zwierząt, pozbawionych tarczycy, nader tylko słabo. Wystarczy jednak zapomocą atropiny porazić układ autonomiczny, aby po tych samych dawkach nadnerczyny otrzymać zwyczajny wzrost parcia. To samo dzieje się przy karmieniu zwierząt tarczycą. Nie inaczej zachowuje się odczyn oczny O. Löviego [70]). Nie ma go u chorych na obrzęk śluzowaty, ani u zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczowego; pojawia się w stanach samorodnej, albo sztucznej hipertyreoidyzacyi. Asher i Rodt [71]) wykazali zresztą przez bezpośrednie drażnienie n. trzewnego (n. splanchnicus), a więc jednej z gałęzi, należących do układu współczulnego, że wrażliwość jego na podniety mechaniczne i elektryczne wzmaga się wcale znacznie po wprowadzeniu do ustroju zwierząt wyciągów z tarczycy.

Wszystko to nie wyczerpuje jednak jeszcze objawów, spotykanych w chorobie Basedowa i przy zatruciach tarczycowych.

Eppinger i Hess [72]) dochodzą na podstawie krytycznego przeglądu zjawisk choroby Basedowa do wniosku, że wszystkie objawy trzeba uszeregować w dwóch grupach. Jedne z nich, — o najważniejszych mówiliśmy wyżej, — poczytują za wynik stałego podniecania układu współczulnego, inne zaliczają do następstw nadmiernego nerwowego napięcia w układzie autonomicznym. Do tej drugiej grupy należałby objaw Graefego i Stellwaga, ślinotok, nadmierne wydzielanie potu, biegunki; doliczyćby do nich można jeszcze zjawianie się fal tętna, właściwych podrażnieniu n. błędnego, zmienność szerokości tętnic, napięcia i częstości tętna, zjawiska, przydarzające się, jak to miałem [73]) sposobność przekonać się niejednokrotnie, zwłaszcza w tych przypadkach, w których objawy stałego podniecenia układu współczulnego nie są nazbyt wybitne. Ciż sami autorowie podnoszą nadto z naciskiem znany zresztą dostatecznie fakt, że obraz choroby bywa wogóle zmienny, że objawy w rozmaitych przypadkach występują z różnem nasileniem co do stopnia i trwałości, że rozmaicie się przytem szeregują. W jednych spostrzeżeniach zaznaczają się nader wyraźnie znamiona podniecenia układu współczulnego, w innych układu autonomicznego. Śledząc dalej za tymi szczegółami, znaleźli Eppinger i Hess, że przypuszczalne większe napięcie jednego lub drugiego układu nerwowego odzwierciedla się wyraźnie w oddziaływaniu ustroju na trucizny wegetatywne. Tam gdzie w zespole objawów przeważają objawy podniecenia nerwu współczulnego, wywołuje adrenalina łatwo cukromocz i rozszerzenie źrenicy sposobem Löviego, często niemiłe zjawiska ze strony narządu krążenia; pilokarpina nie działa w zwykłych dawkach zupełnie. W przypadkach zaś, gdzie zaznaczają się wyraźnie znamiona podniecenia autonomicznego, dzieje się przeciwnie, wpływ adrenaliny jest nieznaczny, pilokarpina działa za to wybitnie. Poznanie tych szczegółów doprowadziło do wyodrębnienia t. zw. »wagotonicznej« postaci choroby Basedowa.

Spostrzeżenia kliniczne, mówiące o objawach, które wskazują na podniecanie układu autonomicznego, znajdują zresztą niewątpliwe oparcie dla wysnuwanych z nich wniosków w wynikach badań medycyny doświadczalnej nad gruczołem tarczowym.

W celu poznania wpływu tarczycy na krążenie rozpoczął je i na szeroką skalę prowadził Cyon [74]). Później powtarzano je wielokrotnie, uzupełniano i rozszerzano. Nagromadzony materyał literacki jest obecnie ogromnie, może nawet nadmiernie obszerny, a sprawa cała jeszcze nie załatwiona ostatecznie. Ale pomimo tego, że nie możemy o niej mówić jako o rzeczy zupełnie już rozjaśnionej, mimo różnic, a nawet wprost sprzeczności między wynikami różnych badaczy, to jedno jest pewne, że wydzielina tarczycy wywiera pewien wpływ także na układ autonomiczny, i to wpływ podniecający. Wyrazem tego wpływu jest według Cyona obniżenie parcia krwi, znaczniejsza pobudliwość ser-

[6]) Berl. kl. Woch. 1908 Nr 30.

[7]) Ważne byłoby wiedzieć, w jakim odstępie czasu u tego samego osobnika powtarzał W. Eisner wcieranie maści tuberkulinowej; niestety autor pomija to pytanie.

[67]) Kraus. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medizin 1906 Str. 23.

[68]) Kraus i Friedenthal. Berl. klin. Wochenschrift 1908 str. 1709.

[69]) Eppinger, Falta, Rudinger. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Med. 1908 str. 354.

[70]) O. Lövi l. c.

[71]) Asher i Rodt. Zentrbl. f. die experim. Medizin. 1912. T. II. Str. 451.

[72]) Eppinger i Hess. Verhandl. des Kongr. f. inn. Medizin. 1909 Str. 385.

[73]) L. Korczyński. Choroba Basedowa. Rozpr. z zakresu medyc. prakt. S. II. Z. 8. 1895.

[74]) v. Cyon. Centrblt. f. die Physiologie. T. XI. str. 279; Pflügers Archiv. T. LXX str. 511; Die Gefässdrüsen als regulatorische Schutzorgane des Zentralnervensystems. Berlin 1910.

cowych zakończeń nerwu błędnego, pojawianie się fal tętna, właściwych podrażnieniu n. błędnego (Vaguspuls). Za objaw tego samego podniecenia możnaby poczytać także drżenie rąk i włókienkowe drgania pęczków mięśniowych, a to na podstawie znajomości działania ezeryny na mięśnie, o którem mówiliśmy na wstępie.

O wpływie przetworów tarczycy na napięcie układu autonomicznego zdają się świadczyć bardzo niedawne badania Coronediego[75]. Na podstawie krótkiego referatu nie można sobie wprawdzie wyrobić zupełnie dokładnego sądu o przebiegu doświadczeń, ale w każdym razie zasługuje na podniesienie fakt, że tak w przypadkach chery po wycięciu tarczycy, jak i w przypadkach obrzęku śluzowatego stwierdzano małą pobudliwość nerwu błędnego. W tym samym duchu pojmować można także doświadczenia Nürnberga[76], wykonywane na psach z przetoką jelitową względnie trzustkową. Po podaniu jodtyreoglobuliny występowało wybitne wydzielanie soku jelitowego i trzustkowego nietylko podczas trawienia, ale jeszcze przez pewien czas po jego ukończeniu, a więc zjawiał się ten sam skutek, który znamy jako następstwo działania znanych trucizn autonomicznych.

Na uwagę zasługuje także sprawozdanie Bauera[77] na ostatnim Zjeździe internistów niemieckich o nagminnym wolu. Kreśląc obraz najczęściej spostrzeganych objawów wymienił Bauer objaw Möbiusa, przydarzający się w 75% wszystkich przypadków. Pojmujemy go jako następstwo małego napięcia ocznych gałązek układu autonomicznego. Jeśli więc wól endemiczny, sprawa polegająca na zwyrodnieniu i niedostatecznej czynności tarczycy, wiedzie do osłabienia tego napięcia, to zupełnie słusznie przypuszczać można, że wydzielina tarczycy wywiera na tonus fizyologiczny nerwu błędnego niewątpliwy wpływ. Przemawia za nim także antagonizm między atropiną i sokiem z tarczycy odkryty przez Cyona, a następnie wielokrotnie potwierdzony, między innymi także przez Boruttaua, Krausa i Friedenthala, Ashera i t d.

Zestawiwszy skutki działania przetworów tarczycy na ustrój ludzki i zwierzęcy z wiadomościami naszemi o wzajemnym stosunku obu wegetatywnych układów nerwowych, widzimy, że te skutki są nietylko bardzo wielorakie, ale nawet w pewnych kierunkach wprost rozbieżne. Jedna i ta sama istota działa na dwie organizacye, spełniające rolę antagonistów. Nie godzi się to z pojęciami fizyologicznej dynamiki i prowadzić musi do bardzo uzasadnionego przypuszczenia, że w przetworach, otrzymywanych z tarczycy nie mamy bynajmniej jednolitego ciała, lecz mieszaninę ciał o różnych fizyologicznych własnościach. Stajemy w ten sposób na stanowisku poliwalencyi dynamobiologicznej wydzieliny gruczołu tarczowego. I za taką jej »wielosilnością« oświadcza się znaczna liczba badaczy, między nimi Kraus, Friedenthal, Falta z gronem swych współpracowników, w ostatnich czasach przyłączają się do tego samego grona Asher i Rodt. Przemawia za nią bardzo wiele danych. Ale, aby jej istnienie zupełnie ściśle udowodnić, na to trzeba poznać dokładnie chemiczny skład ciał, działających w tarczycy, rozdzielić je i działanie każdego zbadać z osobna, a wreszcie dojść do tych wyników, do których doszła chemia, zajmująca się wyciągami z nadnerczy, t. j. nauczyć się robić sztuczne hormony tarczycowe. Do tego zdaje się dość nam jeszcze daleko, a to tembardziej, że nawet to, co dotychczas uchodziło za pewne, podlega krytyce. I tak do niedawna jeszcze poczytywano jodotyrynę za najistotniejszy wytwór gruczołu tarczowego. Nowsze prace zaczynają temu przeczyć. Według v. Fürtha i Schwarza[78] nie jest ona niczem innem, jak tylko najodowaną melanoidyną, którą otrzymać można także z białka surowiczego. Działanie tej sztucznej tyrojodyny na narząd krążenia nie różni się według tychże autorów zupełnie od działania tyrojodyny, otrzymanej z tarczycy. Zresztą już przed Fürthem i Schwarzem otrzymali S Izaak i R. v. der Velden[79] z całego szeregu ciał białkowatych, jak białko kurze, krystaliczna albumina, globulina, proto- i deuteroalbumoza, pepton Wittego, przez jodowanie związki, które obniżają parcie krwi i wzniecają fale tętna czynnościowego (Vaguspuls). Właściwa jodotyryna straciłaby wobec tego musiała znaczenie swoistego przetworu tarczycowego. Wyłączne znaczenie dynamofizyologiczne dla układu autonomicznego straciłaby tem rychlej, skoro przez odkrycie w tarczycy znaczniejszych ilości choliny działanie przetworów z gruczołu tarczowego na układ autonomiczny już obecnie przez wielu badaczy nie jest poczytywane za bezwzględnie swoiste. Punktów spornych jest zresztą więcej jeszcze, i nietylko w dziedzinie badań odnoszących się do tarczycy. Nawet sprawa układu chromochłonnego, którą przyzwyczailiśmy się uważać pod wielu względami za zupełnie skończoną, a zdobyte długą pracą wiadomości za trwały dorobek nauki, spotyka się z krytyką bardzo poważnych badaczy. Świadczy o tem między innemi niedawna praca Popielskiego[80] o wewnętrznem wydzielaniu nadnerczy.

Nad wszystkiemi temi zagadnieniami i nad rozprawami, które się poruszają w innych kierunkach, nie wolno żadną miarą przechodzić do porządku dziennego. Ale byłoby niewątpliwie przedwcześnie porzucać to, co nam dały całe szeregi pracowitych badań dawniejszych i nowych, zajmujących się tarczycą i jej stosunkiem do układu wegetatywnego. A z badań tych wynika, zdaje mi się z całą pewnością, że tarczyca wywiera wielki wpływ na cały szereg spraw wegetatywnych i to według wielkiego prawdopodobieństwa, za pośrednictwem może wegetatywnego układu nerwowego. Wpływ ten jest w pewnej części bezpośredni, w innej znów pośredni, zależy, jak to mieliśmy sposobność zaznaczyć, od oddziaływania tarczycy na układ chromochłonny. Odnosi się to tak dobrze do spraw fizyologicznych, jak i do patologii.

Dla uzasadnienia współudziału obu narządów w tym ostatnim zakresie zyskała nauka nie tak dawno nowe oparcie w odkrytej przez Krausa i Friedenthala[81], dokładnie zbadanej przez Fraenkla[82], adrenalinemii krwi chorych na chorobę Basedowa. Współdziałanie takie przyjmuje Kraus[83] istotnie, tłómacząc całokształt objawów choroby Basedowa Zgodnie z panującemi zapatrywaniami uważa za sprawę pierwotną nadmierną czynność tarczycy i przeładowanie ustroju wytworami tarczycowymi. Dalszem następstwem przesycenia jest wzmożona czynność układu chromochłonnego, nadmiar nadnerczyny we krwi i nadmierne podniecenie nerwów współczulnych.

W związku z tem zapatrywaniem godzi się przypomnieć sprawozdanie Feilera[84] o przypadku przewlekłego zatrucia nadnerczyną, wywołanego przez wkraplanie leku do oka. Z sercowych objawów uderzają: znaczny wzrost parcia krwi, bicie serca, duszność powstająca po większych ruchach, stałe przyspieszenie czynności serca. Oprócz tego istniało u chorego zwiększone wydzielanie moczu. Związek tych wszystkich objawów z działaniem nadnerczyny już sam przez się nie mógł ulegać wątpliwości. Uzasadniła go nadto wybitna poprawa, która nastała po zupełnem zaniechaniu wkraplań nadnerczyny.

Spostrzeżenie powyższe można uważać za prawdziwy

[75]) Coronedi. Kongress-Zentralblatt 1912. T. III. S. 508.
[76]) Nürnberg. Zentrblatt f. die ges. inn. Medizin u. ihre Grenzgebiete. 1912. T. I. S. 432.
[77]) Bauer. Verhandl. des Kongr. f. inn. Med. 1912. S. 545.
[78]) v. Fürth u. Schwarz. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1908. S. 400.
[79]) S. Izaak i R. von der Velden. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1907. S. 307.
[80]) Popielski. Tygodnik lek. lwowski. 1912. S. 341.
[81]) Kraus i Friedenthal. l. c.
[82]) Fraenkel. Arch. f. exp. Pharm. u. Pathol. 1909. T. LX.
[83]) Kraus. Deutsche med. Wochenschrift. 1908. S. 1410.
[84]) Feiler. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medizin. 1908. S. 367.

eksperyment u człowieka i słusznie korzystać z niego dla tłomaczenia tych objawów sercowych w przebiegu choroby Basedowa, które z nadmierną czynnością tarczycy nie stoją w bezpośrednim związku. Zwłaszcza dla powstawania przerostu serca przyjmowaćby można jako przyczynę następowe podniecenie układu chromochłonnego i adrenalinemię. A wydaje mi się takie pojmowanie rzeczy tembardziej usprawiedliwione, skoro drogą doświadczenia powiodło się istotnie zapomocą powtarzanych wstrzykiwań adrenaliny wywołać przerost serca u zwierząt (E. Męsowicz[85]).

W obrazie choroby Basedowa dopatrywać się więc można żna dwojakich zjawisk. Jedne z nich są pochodzenia czysto tarczycowego, drugie nadnerczowego. Tak samo, jak dla tych drugich znajduje się źródło, w myśl badań Krausa, w adrenalinemii, trzebaby przyczyny pierwszych upatrywać w tyreoidemii, opierając się przytem na badaniach Ashera i Rodta[86]), z których zdaje się wynikać, że w surowicy krwi chorych na chorobę Basedowa znajduje się stale istota, działająca w wartościowych przetworach tarczycy. Obecność jej w krwi sprowadza podrażnienie obu grup nerwów wegetatywnych, podnieca układ chromochłonny do żywszego wydzielania, a nadto, jak utrzymują Asher i Rodt, naczula szereg narządów, na które potem tem silniej działa nadnerczyna.

Skoro już mówimy o współdziałaniu wyciągów z tarczycy i z nadnerczy w dziedzinie patologii, to nie sposób nie wspomnieć jeszcze o doświadczalnej miażdżycy tętnic, występującej u królików po wstrzykiwaniach nadnerczyny i o wpływie równoczesnego stosowania wyciągów z gruczołu tarczowego na rozwój zmian w naczyniach. O takiem skombinowaniu doświadczeń zdają sprawę badania Picka i Pinelesa[87]) z r. 1908 i mówią o znacznie szybszym rozwoju miażdżycy. Siłą rzeczy trzeba więc przyjmować i w tym także kierunku działanie tyreoidozy. Ale jak je pogodzić z wynikami badań doświadczalnych, które wykazały, że miażdżyca rozwija się także u zwierząt, pozbawionych tarczycy i popadających w stan chery tarczycowej? Spostrzeżenia tego rodzaju uczynił pierwszy Eiselsberg[88]), później Pick i Pineles potwierdzili je w zupełności, dodając przytem, że u zwierząt, pozbawionych tarczycy, nie wywołują wstrzykiwania nadnerczyny zmian miażdżycowych, co zresztą już przedtem znaleźli Lortat-Jacob i Sabereanu[89]). Z tymi faktami trzeba się bądź co bądź liczyć, jakkolwiek utrudniają one bardzo oryentacyę w sprawie doświadczalnej miażdżycy. Może dla ułatwienia jej sięgnąćby można do naszych wiadomości o stosunku między tarczycą a przysadką i podnieść zjawianie się, i to stałe, przerostu przysadki po wycięciu całkowitem gruczołu tarczowego. Przerost przysadki i nadmierna jej czynność — »hyperpituitarismus« — mogłyby ewentualnie wchodzić w rachubę jako czynniki pośredniczące w powstawaniu zmian naczyniowych, a to tembardziej, skoro, jak się wkrótce dowiemy, między przysadką a układem chromochłonnym zachodzą bliższe stosunki.

Dotknąwszy przysadki mózgowej w związku z tarczycą i nadnerczami, zaznaczyliśmy już tem samem, że gruczoł ten posiada również niemałe znaczenie dla spraw wegetatywnych i łącznie z poprzednimi kieruje niemi w stanach fizyologicznych, a wpływa na nie niekorzystnie, gdy sam jest chory.

Większe zajęcie obudziła przysadka mózgowa już wtedy, gdy Marie, najpierw sam, w r. 1886, później wspólnie z Marinesco w r. 1891 zwrócił uwagę na zmiany w tym gruczole, spotykane w akromegalii i oświadczył się stanowczo za związkiem przyczynowym między niemi a powstawaniem znanych objawów tej choroby. Było to jednak jeszcze za mało, aby określić dokładnie rolę przysadki w ustroju i wyznaczyć jej właściwe miejsce w fizyologii. Nie wystarczyły na to i prace Olivera i Schäfera o wpływie wyciągów z przysadki na krążenie, mimo, że dla rozwoju późniejszych badań niewątpliwie wielkie miały znaczenie.

Zasadniczy zwrot w poglądach nastał dopiero z chwilą, gdy udoskonalono sposoby operacyjnego usuwania przysadki i udowodniono, że następstwa takiego wycięcia zależą istotnie od braku gruczołu, a nie od przypadkowych obrażeń jego otoczenia. Niewątpliwe zasługi położył w tym kierunku Paulesco[90]), a sposób jego operowania cieszy się największem uznaniem i najliczniejszych ma naśladowców. Polega on na otwarciu drogi przez kość skroniową i odsunięciu zwoju skroniowego ku przeciwnej stronie.

Badania wykonane sposobem Paulesco wykazały, że doszczętne usunięcie przysadki pociąga za sobą śmierć zwierząt użytych do doświadczeń, że więc przysadka jest narządem niezbędnym dla życia. Ważność tę posiada jednak nie cały gruczoł, lecz tylko część przednia, gruczołowa. Część tylną, t. zw. nerwową, usunąć można bez widocznej szkody dla zwierzęcia W ten sposób streścił wyniki swoich badań Paulesco. Widzimy je następnie potwierdzone w doświadczeniach Cushinga[91]), Biedla i Silbermarka[92]), Ascolego i Legnaniego[93]), Crovego, Cushinga, Harveya i Hommansa[95]). Tam, gdzie skutek zabiegu był nieco różny, t. j. gdzie nie następowała bezpośrednio po nim śmierć zwierząt, jak np. w niektórych doświadczeniach Benedicta, Francisa i Hommansa[95]), Morawskiego[96]), Horsleya i Handelsmanna[97]), Aschnera[98]), dotyczyło to albo zupełnie młodych zwierząt, które, o ile chodzi o samo życie, znoszą zabieg o wiele lepiej, albo też mogło być następstwem niezupełnego usunięcia przysadki, okoliczność, podnoszona nawet z naciskiem przez tych autorów, którzy się stanowczo oświadczają za życiową nieodzownością tego gruczołu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr J. Lamberg: **Pierwsza pomoc.** (Leitfaden der ersten Hilfe. Ein Samariterbuch. Stron 275. Wiedeń, Urban i Schwarzenberg. 1913. Cena 6 koron).

Podręcznik Lamberga pierwszej pomocy w nagłych przypadkach zasługuje ze wszech miar na uznanie; widać w nim, że jest on owocem trzydziestoletniej pracy i doświadczenia autora na polu ratownictwa. W formie zwięzłej a jasnej podaje Lamberg najważniejsze szczegóły, nie kierując się przytem żadnym szablonem, często rażącym w podobnych podręcznikach, w których nieraz spotyka się i rzeczy przestarzałe. Lamberg uwzględnia prócz pierwszej

---

85) E. Męsowicz. Przegląd lek. 1909. S. 1.
86) Asher i Rodt. l. c.
87) Pick i Pineles. l. c.
88) v. Eiselsberg. cyt. wedł. Picka i Pinelesa.
89) Lortat-Jacob i Sobereanu. zob. Pick i Pineles.

90) Paulesco. Zentrblt f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1907. S. 490.
91) Cushing. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1810. S. 506. i 1911. S. 171.
92) Biedl i Silbermark. zob. Biedl: Innere Sekretion. 1910. S. 291.
93) Ascoli i Legnani. Münch. med. Wochenschrift. 1912. S. 518.
94) Crove, Cushing, Harvey i Hommans. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1911. S. 562.
95) Benedict, Francis i Hommans. Kongresszentrbl. 1912. T. I. S. 591.
96) Morawski. Neurologia polska. 1912. S. 413.
97) Horsley i Handelsmann. Neurologia polska. 1912. S. 367.
98) Aschner. Kongresszentrbl. 1912. T. II. S. 593.

pomocy również w głównym zarysie pielęgnowanie chorego, a co najważniejsza, także i techniczną stronę ratownictwa, np. ratowanie się z wody, przy załamaniu na lodzie, w czasie pożaru i t. p. Rysunki z natury objaśniają doskonale tekst, a wstęp, podający historyę rozwoju samarytanizmu, jest pożądanem uzupełnieniem. Podręcznik może być bardzo przydatny dla lekarzy, zwłaszcza dla urządzania modnych obecnie kursów samarytańskich. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Schick. **Leczenie raka sposobem Zellera.** (Wien. med. Woch. 1912, Nr 48). Przekonawszy się naocznie u Zellera o skuteczności leczenia raka zapomocą »nacasilicum« i »cinabarsanu«, doszedł S. do wniosku, że leczenie to tam, gdzie nie można operować, powinno być stosowane zupełnie na równi z innymi sposobami, jak radem, promieniami Röntgena, piorunowaniem i t. p. Kombinacya tego sposobu leczenia z operacyą, jakoteż leczenie w celu zapobiegania nawrotom może oddać nieraz cenne usługi. K.

Kafemann. **Nieoperacyjne leczenie raka według zasad heidelberskiego Domu samarytańskiego.** (Med. Klinik, 1913, Nr 5). K. opisuje sposoby leczenia, stosowane w Domu samarytańskim w Heidelbergu, zaczynając od najnowszych. Leczeniem sposobem Zellera nie bardzo jest zachwycony. Pasta arszenikowa działa może dobrze w rakach powierzchownych, wątpliwą jest jednak rzeczą, by działała przy rakach głębszych; przytem zżera ona wszystkie tkanki (nietylko rakową) i wywołać może groźne krwotoki. Działanie krzemu wewnętrznie jest bardzo wątpliwe, przynajmniej próby z nacasilicum nie doprowadziły do żadnych pewnych skutków. Żadnej wartości nie mają surowice podane przez Coleya, Doyena i Schmidta. O wiele pewniejsze wyniki osiąga się przy leczeniu radem, thorem, względnie imitacyą działania promieni, t. j. choliną. Nieraz osiąga się przy tem wyniki, równające się wyleczeniu. Najwięcej nadają się do tego leczenia mięsaki okrągłokomórkowe i wrzecionowatokomórkowe, przy których nieraz i salwarsan skutkuje. Promienie Röntgena działają znów najlepiej przy rakach skórnych i nowotworach limfatycznych, zdarzają się jednak guzy, przy których naświetlanie nic nie pomaga, a nawet szkodzi. Leczenie mesothorem dostępne jest i lekarzom praktycznym ze względu na cenę i łatwy sposób postępowania. Nadają się do tego leczenia powierzchowne raki i raki na tle tocznia. Te wszystkie sposoby są naturalnie tylko uzupełnieniem postępowania operacyjnego, względnie stosuje się je przy nawrotach, nie nadających się do operacyi. Sprawiają one nieraz wybitną, a nawet i trwałą ulgę. K.

Wildinghof-Plauner: **Obecny stan leczenia zapomocą emanacyi radu.** (Graz, 1912). Leczenie emanacyą radu stosowano bezwiednie empirycznie już bardzo dawno przeciw gośćcowi. Ludność w Joachimsthal nosi przy sobie woreczki skórzane z blendą uranową przeciw różnym cierpieniom, zwłaszcza stosuje je przy bolu głowy. Obecnie fabrykują odpowiednie wyroby, dozwalające nawet lekarzom na prowincyi stosować leczenie radem. Znajduje ono zastosowanie zwłaszcza w dnie, gośćcu, dalej celem łagodzenia bolów. np. nerwobólów, bolów przy wiądzie rdzenia, celem pobudzenia wessania wysięków, przy bezsenności, braku apetytu i przewlekłych cierpieniach skóry. Chory przebywa w kamerze emanatoryum, z początku 2, potem 3 godziny, ogółem zwykle potrzeba do 30 posiedzeń. Z początku leczenia powstaje odczyn (analogiczny do odczynu w wielu zdrojowiskach i kąpielach) w postaci zaostrzania się danej sprawy względnie bólów i wtedy trzeba na 1—3 dni przerwać posiedzenia, względnie je skracać. Czasem (np. u neurasteników) zjawić się mogą podniecenia, a dalej zmiany na skórze (zapalenia, swędzenie), przeciwko którym stosuje się ze skutkiem kąpiele siarczane. Autor z wyników leczenia w swem emanatoryum w Grazu jest bardzo zadowolony i twierdzi, że wydatek na emanatoryum zwraca się lekarzowi szybko. A.

Evler: **Trwałe sączkowanie podskórne bez sączka.** (Med. Klinik, 1913, Nr 6). E. osiąga bardzo dobre wyniki, sączkując jamy surowicze zapomocą pozostawienia w tkankach obrąbionego otworka, ponad którym skórę zaszywa zupełnie. E. stosuje to leczenie przy zwykłym przesięku (ascites), przy wysięku gruźliczym, rakowatym i t. p. W ten sposób nieraz wielka ilość płynu może być wessaną. Podobnie przy surowiczym wysięku opłucnej sączkuje ją E. przez otwór wywiercony w żebrze. Kirchenberger stosował również to sączkowanie i jest z niego bardzo zadowolony. Dobre skutki osiąga się przez to sączkowanie także przy wysiękach w torbielach jajnikowych, nieraz z trudnością tylko dających się doszczętnie zoperować. Do tego sposobu sączkowania dołącza E. przy sprawach zapalnych autoseroterapię. Złych następstw, nawet przy sprawach rakowatych i gruźliczych, E. nie spostrzegał. Przy wodniaku jądra stosował E. ten sposób w jednym przypadku, ale z wynikiem ujemnym. K.

Exner. **Doświadczenia chirurgiczno-wojenne.** (Tow. lek. w Wiedniu I. 1913). E. pracował w wojnie turecko-bałkańskiej w szpitalu w Zofii. Po stronie bułgarskiej opatrunki, zakładane na placu boju, pozostawiały wiele do życzenia, a nieraz nie zakładano ich wcale. Często bez potrzeby tamponowano rany źle opatrywano złamania kości, sondowano rany i t. p. Nie żałowano też jodyny, wywołując silne wypryski. E. doszedł do wniosku, że nawet przy ranach zakażonych spokój odgrywa główną rolę. Zakażenie spostrzegał E. przy ranach zadanych pociskami karabinowymi w 32%, armatnimi w 40% (w innych wojnach rany karabinowe zaledwo w 15% były zakażone). Najczęściej rany goją się przy postępowaniu zachowawczem dobrze. Pociski karabinowe w ciele obracają się czasem i drążą naprzód tępym końcem, sprawiając przez to większe zniszczenie. E. miał sposobność spostrzegać wiele przypadków zgorzeli, wywołanej zwłaszcza na skórze nieostrożnem przykładaniem karbolu. Do tamowania krwawienia używali żołnierze rzekomo z dobrym skutkiem tytoniu. Pamiętać należy przed wojną by zaopatrzyć się w gips, szyny i zmienić przyrządy kauczukowe i sączki, które zwykle są zleżałe (co pewien czas oddawać je w czasie pokoju do szpitali, a brać nowe). K.

Schneider. **O dziedziczności kaszaka.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 6). S. wykazuje na drzewie genealogicznem własnej rodziny, że kaszak jest chorobą typowo dziedziczną. Często występuje on u bliźniąt takiej rodziny, a rzadko przeskakuje jedną generacyę. Nie wyłącza to naturalnie możności przypadkowego powstawania kaszaka w rodzinach, do tego cierpienia nie skłonnych. Kaszaki występują w rodzinach obarczonych mniej więcej w 37·5%, przyczem nie daje się wykazać przewaga żadnej z płci. K.

Położnictwo i ginekologia.

Liepman: **Postępowanie chirurgiczne wobec otrzewnej, a próba trzech wacików.** (Gyn. Rundschau 1912, Nr 21). Liepman podkreśla znaczenie swojej t. zw. próby trzech wacików, polegającej na badaniu pola operacyjnego przed operacyą, w czasie niej i po niej pod względem bakteryologicznym. Wyniki tej próby są punktem oparcia dla dalszego postępowania leczniczego wobec otrzewnej, pozwalają na ścisłą klasyfikacyę przypadków zakażonych

i czystych, co umożliwia dokładną statystykę wyleczeń w związku z tą lub inną metodą operacyjną i wpływa temsamem na wybór zabiegu. A. Markowa.

Bertoloni: **O śródotrzewnem skracaniu więzadeł okrągłych.** (Gyn. Rundschau Nr 21, 1912). Metody śródotrzewnego skracania więzadeł podług Webster-Franka, Menge-Stolza i Alfieriego, dają bardzo dobre wyniki zarówno co do ułożenia macicy, jak i co do następnych ciąży i porodów. Metoda Alfieriego miałaby jednak tę wyższość, że przez podwójne skrócenie każdego więzadła macica utrzymuje się stale w położeniu zupełnie prawidłowem. A. Markowa.

Jaschke. **O stosowaniu narkofiny w położnictwie.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 2). Na zasadzie 45 przypadków poleca autor dalsze badanie nad narkofiną (przetwór makowca), — stosowanej w czasie porodu. Nie odbierając matce pamięci, nie wpływając szkodliwie ani na matkę, ani na dziecko, zmniejsza narkofina znacznie bolesność skurczów macicy, a nie upośledza ich jakości. A. Markowa.

Deppe. **W sprawie samowyleczenia się zapalenia wyrostka robakowatego.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 49). Autor opisuje szereg przypadków, gdzie znalazł w rozmaitej postaci samowyleczenie się sprawy zapalnej w wyrostku robakowatym, spostrzegane przy sposobności operacyi ginekologicznych, wykonywanych przez laparotomię. Zwracając uwagę chirurgów i anatomo-patologów na ten fakt, podnosi autor znaczenie jego dla współczesnego leczenia operacyjnego, stojącego pod hasłem: im wcześniej, tem lepiej. A. Markowa.

Bamberger. **Całkowita zgorzel sutka jako objaw zakażenia połogowego.** ?Münch. med. Woch. 1912. Nr 49). W przypadku zakażenia połogowego po porodzie samoistnym bez interwencyi lekarza powstała w 17. dniu całkowita zgorzel lewego sutka. Wykonane odcięcie sutka nie uratowało chorej. Przyczyną był niezawodnie zator tętnicy sutkowej (A. mammaria), a źródłem jego macica. A. Markowa.

Dienst. **W sprawie rozróżnienia puchliny brzusznej od wiotkiego torbielaka jajnika.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 50). Dla rozpoznania, czy płyn otrzymany przez nakłucie brzucha pochodzi z puchliny brzusznej, czy też z torbieli jajnika, poleca autor sposób, oparty na obecności w płynie puchlinnym istoty włóknikorodnej (fibrinogen). Jedna trzecia objętości soli kuchennej daje z płynem puchlinnym osad kłaczkowaty, nie daje go, gdy płyn pochodzi z torbieli. A. Markowa.

Bresslau. **Hyperthelia.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 51). Zjawisko hypertelii i hypermastyi, t. j. nadliczbowej ilości brodawek i sutków, spostrzegane stosunkowo nierzadko, tłomaczono bądź z punktu widzenia patologicznego, bądź atawistycznego. Odkrycie »pasa mlecznego« przez Schultzego, przechyliło szalę na korzyść tego drugiego poglądu. Autor dostrzegał u wiewiórek również jedną linię mleczną, z której wyodrębniają się wzgórki mleczne, t. j. późniejsze sutki. Jednakowoż później poszczególne wzgórki ulegają zdwojeniu przez rozszczepienie; z jednej części rozwija się ostatecznie sutek, druga ulega innym przeobrażeniom. Fakt ten ostrzega przed wyłącznie atawistycznem ujmowaniem zjawiska hypertelii i hypermastyi i może się przyczynić do wyjaśnienia powstania gruczołów Montgomeryego u człowieka. A. Markowa.

Dienst. **Przyczyna niekrzepliwości krwi miesiączkowej.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 51). Obniżoną, względnie zniesioną krzepliwość krwi, pochodzącej z miesiączki, tłómaczy autor obecnością w niej antytrombiny, pochodzącej z błony śluzowej macicy i zobojętniającej natychmiast działanie trombiny. Im znaczniej przerosła jest błona śluzowa macicy, tem wybitniejsze jest owo działanie; — stąd silne krwotoki przy włókniakach i polipach z jednej strony i wyniki lecznicze wyskrobań po zapaleniach błony śluzowej macicy z drugiej, jak również samoistne ustawanie krwotoku z macicy poporodowej. Tę samą własność wytwarzania antytrombiny ma błona śluzowa jajowodu. A. Markowa.

Meyer. **W sprawie sztucznego poronienia przy zaburzeniach psychicznych.** (München. med. Woch. 1912, Nr 51). Sztuczne poronienie może być wskazanem jedynie przy dość rzadkich ciężkich postaciach depresyi, po dłuższej obserwacyi, w przypadkach, gdzie utrzymanie ciąży wywołać może nieuleczalne poważne zaburzenia w sferze psychicznej, a przerwanie jej — uleczenie ich, lub stałą poprawę. A. Markowa.

Heugge. **Wyciąg z przysadki i półuśpienie (Dämmerschlaf) w położnictwie praktycznem.** (München. med. Woch. 1912, Nr 51). H. stosował pituitrynę w praktyce prywatnej równocześnie z uśpieniem skopolanowomorfinowem. Doświadczenia jego obejmują 12 przypadków, ściśle dobranych na zasadzie wskazań. Wyniki miał bardzo dobre, przyczem uśpienie znacznie słabiej oddziaływało na płody. A. Markowa.

Créde-Hörder. **O późnem zakażeniu przy śluzoropotoku ócz.** (München. med. Woch. 1913. Nr 1). Śluzoropotok ócz, ophtalmoblenorrhoea) noworodków, występujący poczynając od piątego dnia po porodzie, nosi nazwę zakażenia późnego. Występuje ono nawet u dzieci, oddzielonych od matek. Autor odrzuca teoryę o t. zw. drodze pośredniej (ręce, bielizna), a przypuszcza, że dwoinki wiewiórowe, które dostały się w czasie porodu do oka, żyją i mnożą się w dużych gruczołach powiek, w szczególności w gruczołach Meiboma. Gdy tam wywołają zapalenie i wydzielinę ropną, dostają się wraz z nią na spojówkę, wywołując tu ostre zapalenie. A. Markowa.

Beyer. **Przypadek samoistnego pęknięcia macicy w ciąży.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 1). Opisując rzadki przypadek samoistnego pęknięcia macicy w 4. miesiącu ciąży, zalicza autor do przyczyn tego również usuwanie łożyska bądź ręczne, bądź zapomocą narzędzi. Zabieg ten sam przez się lub przez zakażenie wywołać może znaczne obrażenie wzgl. zmiany ściany macicy, skutkiem czego w następnej ciąży łożysko, jeżeli rozwija się na bliźnie, przeżera ją, gdyż nie może ona wziąć udziału w ogólnym przeroście ściany macicy. A. Markowa.

Eichman. **Toxicodermiae w przebiegu ciąży uleczone zapomocą płynu Ringera.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 4). T. zw. »toxicodermiae«, występujące w przebiegu ciąży, leczy autorka zapomocą śródmięśniowego wprowadzania płynu Ringera. Równocześnie stosuje dyetę jarską, gdyż za powód tych spraw chorobowych uważa zatrucia z przewodu pokarmowego, nie zaś z łożyska. Płyn Ringera działa przez rozcieńczenie krwi i wzmożenie wydzielania moczu, dyeta zaś powstrzymuje produkcyę świeżych jadów. A. Markowa.

Hörtel. **Salwarsan a rzucawka.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 4). Autor opisuje przypadek rzucawki, cierpienia, stanowiącego wskazanie do przerwania ciąży, który skończył się pomyślnie po wstrzykiwaniach salwarsanu (ujemny odczyn Wassermana). Ten wynik zastosowania salwarsanu potwierdza doświadczenia, poczynione przez innych autorów. A. Markowa.

Lindig. **O działaniu fermentów surowicy w przebiegu ciąży i nowotworów.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 5). Na zasadzie materyału, obejmującego 100 przypadków ciąży, nowotworów i zmian zapalnych części rodnych, stwierdza autor, że surowica takich osób zawiera ferment, wywołujący rozpad białka, zawartego w łożysku, macicy, jajnikach, nowotworach narządu rodnego, i w stopniu mniejszym — białka, zawartego w substancyi mięśniowej. A. Markowa.

Hamm. **Rzadki przypadek ropnicy, wywołanej przez prątki okrężnicy.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr. 5). Autor opisuje przypadek, w którym po wyskrobaniu macicy wskutek poronienia wystąpiły objawy ciężkiego zakażenia ogólnego i śmierć. Sekcya wykazała skrzepy rozmiękające w żyłach dolnej części ciała aż po żyłę główną dolną i nieznaczny zawał w płucach. Ze skrzepów otrzymano czystą hodowlę hemolitycznego prątka okrężnicy. Za życia chorej znajdowano ten prątek w moczu i pochwie chorej, nie można go było otrzymać ze krwi. Drobnoustrój ten wogóle szybko we krwi ginie, w tym zaś przypadku musiało to następować niezmiernie szybko, gdyż nawet w czasie dreszczu badanie krwi dawało wynik ujemny.

A. Markowa.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 29. I. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 70.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes Dr Janiszewski poświęcił kilka słów pamięci zmarłego ś. p. prof. Witkowskiego, przyczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

3) Przyjęto jednomyślnie do grona członków Towarzystwa kol. Grünhuta i Glasnera.

4) Kol. Dadej przedstawia dwa nowsze sposoby **badania bakteryologicznego błonicy.**

a) Wykazywanie prątków błoniczych na pożywce podanej przez Conradiego. Pożywka ta odznacza się zawartością tellurynu potasu. Kolonie prątków Löffiera rosną na niej czarno, natomiast inne bakterye, które spotykamy najczęściej w jamie gardła, dają kolonie od szarych do ciemnobrunatnych. Same prątki, wzięte z takiej czarnej kolonii, w preparacie mikroskopowym mają ciałka biegunowe zabarwione czarno.

b) Sposób barwienia, podany przez p. Ratkin. Używa ona barwika jednego, w którego skład wchodzą błękit metylowy i fuksyna karbolowa. Prątki, w ten sposób barwione, mają ciała prątków zabarwione różowo, ciałka zaś biegunowe ciemno-niebiesko. Barwienie to udaje się zawsze, o ile prątki bierzemy z hodowli, o ile zaś mamy preparat, wzięty wprost z gardła, to nieraz zawodzi.

5) Kol. Prof. Lewkowicz przedstawia a) preparat anatomiczny serca z **zachowanym otworem owalnym** o średnicy $^3/_4$ cm z dziecka 2-miesięcznego, zmarłego na obustronne odoskrzelowe zapalenie płuc, jako powikłanie przewlekłego nieżytu jelitowego i zaniku ogólnego, — poczem omawia objawy stwierdzone za życia. Uderzenia koniuszkowego nie można było stwierdzić; stłumienie było, mianowicie poprzecznie, powiększone, przerwane pasem odgłosu opukowego jawnego nad mostkiem. Szmer skurczowy nad tętnicami, wzmagający się ku dalszemu przebiegowi tętnic ku obojczykom, silniejszy po stronie lewej nad t. płucną, słabnący znacznie nad komorami i ku okolicy koniuszka serca. Drugi nad t. płucną silniejszy, niż nad tętnicą główną. Radyogram wykazywał powiększenie serca, mianowicie w kierunku poprzecznym i wypuklenie lewego środkowego łuku i środkowego cienia. To wypuklenie odniesiono do rozszerzenia tętnicy płucnej, jako wyniku podwyższonego ciśnienia i przypuszczano, że chodzi o przetrwałość przewodu tętniczego.

Za tem przemawiało także zachowanie się szmeru i zaostrzenie II. tonu nad tętnicą płucną. Sekcya stwierdziła otwarty otwór owalny, oraz rozszerzenie tętnicy płucnej i temsamem udowodniła, że takie zachowanie tego obrazu może się, jak w przypadkach Hornowskiego, łączyć z rozszerzeniem tętnicy płucnej. Również zachowanie się szmeru, jego umiejscowienie, może być podobne: szmer rozpromienia się ku górze, prawdopodobnie żyłami przy otwartym otworze owalnym. Rozróżnienie obu tych wad za życia nastręcza zatem wiele trudności. Niezarośnięcie przegrody komorowej i zwężenie tętnicy płucnej można było z wielkiem prawdopodobieństwem wyłączyć wobec umiejscowienia szmeru i nieobecności znaczniejszej sinicy.

b) Chłopiec 12-letni **z białkomoczem ortotycznym;** przytem, nawiązując do swego przemówienia w dyskusyi do przedstawienia podobnego przypadku przez kol. Blassberga w styczniu r. z., podnosi mowca, jak rozpoznanie różniczkowe między właściwym białkomoczem ortotycznym, a zapaleniem nerek przewlekłem dziecięcem, mogącem przebiegać z białkomoczem ortotycznym jako objawem, może być trudnem i rozstrzygnięcie może zależeć nawet przy dłuższem spostrzeganiu jedynie tylko od przypadku. Przedstawiony chłopiec pracuje jako roznosiciel gazet, nie czuje się chorym, przeciwnie zgłosił się do kliniki celem uzyskania świadectwa zdrowia. Czasami tylko występują bóle w kończynach dolnych. W klinice stwierdzono w moczu białko w znacznej ilości; dokładne badanie moczu, zbieranego co $^1/_2$ godziny w ciągu 3 dni, wykazało, że białkomocz pojawiał się od roku w znacznej wysokości zaraz po wstaniu chorego, potem podnosił się jeszcze nieco, następnie obniżał się, a w 2—5 godzin po wstaniu mimo dalszego chodzenia znikał zupełnie. Po przerwie, trwającej parę godzin, białkomocz znów się pojawiał i znowu po jakimś czasie znikał mimo chodzenia. Ilość białka dochodziła zwykle do 0,03%, niekiedy jednak wznosiła się do 0,3%, a nawet raz do 0,9%.

Zachowanie się odczynów co do białka przemawiało za właściwym białkomoczem ortotycznym, gdyż można było otrzymać strąt zapomocą kwasu octowego na zimno, a w moczu rannym, nie zawierającym białka, można było w myśl badań Politzera przez dodanie surowicy i kwasu octowego i otrzymanie strątu udowodnić obecność kwasów Mörnerowskich. Wreszcie osad badany wielokrotnie nie wykazywał żadnych składników, przemawiających za zapaleniem (chory leżał w klinice w grudniu 1912 przez 9 dni, w styczniu 1913 2 dni). Tymczasem podczas wykładu klinicznego z przedstawieniem chorego, chory prawdopodobnie skutkiem wzruszenia dostaje napadu lekkiego omdlenia bez upadku i bez utraty przytomności. Mocz, bezpośrednio potem oddany, zawiera białko w ilości 1·8% (18 ‰!), po odwirowaniu dostaje się osad znaczny, a badanie tego osadu wykazuje ogromne ilości wałeczków ziarnistych, obłożonych częściowo lasecznikami, oraz ciałek czerwonych. W pozostałej części dnia chory znów wydziela mocz, nie zawierający wałeczków. Rozpoznanie pierwotne białkomoczu ortotycznego właściwego musiało być zmienione na rozpoznanie zapalenia nerek przewlekłego dziecięcego. Wobec tego, że chodzi tutaj o stwierdzenie przypadkowe, które nawet przy kilkunastomiesięcznej obserwacyi mogło nie nastąpić, nasuwają się wątpliwości, czy zasadnicze rozgraniczenie białkomoczu ortotycznego właściwego i zapalenia nerek dziecięcego jest uzasadnione. Ze względów praktycznych rozgraniczenie należy utrzymać, gdyż według długoletnich spostrzeżeń Heubnera w zachowaniu się są pewne różnice: białkomocz kończy się zawsze wyleczeniem, przy zapaleniu wyleczenie zupełne następuje tylko w $^2/_3$ przypadków. Mimo to może chodzić o tę samą sprawę z różnem nasileniem. Do tego wniosku dochodzi także Politzer, twierdząc, że przy białkomoczu ortotycznym chodzi o »ren juvenile infectione laesum«. Przedstawiany przypadek jest ciekawy także z tego względu, że wykazuje, jaki ogromny wpływ może mieć wzruszenie bezpośrednio, czy też pośrednio przez wywołanie omdlenia, na wydzielanie białka, wałeczków i ciałek krwi.

c) Dziewczynka, licząca 1 rok i 2 mies. z rozpoznaniem **zapalenia surowiczego opon** mózgowordzeniowych. Dziecko przed niespełna miesiącem zapadło na grypę, do której przyłączyło się, według podań lekarza opiekującego się, obustronne zapalenie płuc i podrażnienie opon mózgowych. Gorączka następnie nieco opadła. Od 2 tygodni codzienne krótkotrwałe, parogodzinne napady, objawiające się gorączką do 40° C. i krzykami. Napady podobne, tylko rzadsze, stwierdzono także w klinice. Początkowo dziecko chwytało się za uszka, można było przytem stwierdzić bolesność dotykową, widocznie chodziło o zapalenie ucha środkowego. Przebicie jednak nie nastąpiło, a badanie wykazuje obecnie tylko przyćmienie błon bębenkowych. Od 10 dni bolesność uszu ustała, a dziecko podczas napadów chwyta się za główkę. Badanie w kierunku objawów, zwykle napotykanych w zapaleniu opon, daje wyniki ujemne. Niema sztywności karku, lub, innym razem, jest ona niewybitną. Badanie, co prawda, utrudnione jest opornem zachowaniam się dziecka. Niema objawu Kerniga, ani objawu Brudzińskiego. Przedewszystkiem jednak zawodzi — i pod tym względem przypadek jest niezwykłym — objaw, na którym prawie zawsze można polegać u małych dzieci, odnoszący się do zachowania się ciemiączka. Ciemiączko nietylko nie jest wypuklone, ale jest zapadłe. Mimo to badanie płynu mózgowordzeniowego, otrzymanego zapomocą nakłucia lędźwiowego, dwukrotnie wykazało wybitne zmiany zapalne, przedewszystkiem ogromne wzmożenie liczby ciałek białych (481, drugim razem 1181 w 1 mm³) z przewagą limfocytów. Zapalenie gruźlicze można wyłączyć na podstawie całego przebiegu choroby i ujemnego wyniku prób tuberkulinowych. Chodzi o zapalenie surowicze w związku z grypą i obustronnem zapaleniem ucha, pozornie bardzo lekkiem.

W dyskusyi zabierają głos: a) Kol. Blassberg, który przytacza przypadek białkomoczu ortotycznego, przedstawiony przez siebie w Towarzystwie lek. krak. i wspomina o trudnościach rozpoznawczych w tych przypadkach.

b) Kol. Herman Hirsch: Kol. prof. Lewkowicz zaznaczył, że zawsze miał wątpliwości co do istnienia białkomoczu ortotycznego, że obecnie przedstawiony przez niego przypadek dawał typowy obraz tego zboczenia, gdy nagle pokazała się w moczu znaczna ilość białka, a w osadzie stwierdzić się dała wielka ilość wałeczków ziarnistych. To spowodowało prof. Lewkowicza do rozpoznania u tego chorego białkomoczu, wywołanego lekką formą młodzieńczego zapalenia nerek. Nie chcę wskazywać na dokładnie badany przypadek Langsteina, w którym przy istniejącym za życia białkomoczu sekcya nie wykazała żadnych zmian w nerkach, ale obserwacya chorych przez długie lata może pouczyć, że takich przypadków jest więcej. Z dydaktycznych względów utrzymanie formy białkomoczu ortotycznego jest konieczne, bo i inne mogą być wskazania i leczenie dla białkomoczu ortotycznego, jak dla zapalenia nerek.

c) Kol. prof. Kader podnosi powstawanie białkomoczu przy nerce ruchomej, skutkiem zmian w jej położeniu.

d) Kol. prof. Lewkowicz w odpowiedzi kol. Blassbergowi podaje jeszcze raz, że chodziło mu o zaznaczenie wielkich trudności rozpoznawczych. Kol. Hirschowi H. odpowiada prelegent, że postępowanie z dziećmi przy czystym białkomoczu i zapaleniu nerek dziecięcem nie wiele różni się od siebie. Nie jest wskazane w drugim przypadku trzymanie dziecka w łóżku, lub na dyecie mlecznej. Wystarczy zalecenie unikania nadmiernych wysiłków fizycznych, podobnie pokarmów drażniących nerki, wreszcie chronienie dziecka od zaziębień. Poza tem dziecko powinno się zachowywać, jak zdrowe. W odpowiedzi kol. Kaderowi zaznacza kol. L., jako rzecz dobrze znaną, powstawanie białkomoczu w zależności od nerki ruchomej i podnosi, że także zależność od jej położenia jest usprawiedliwiona, a to na podstawie badań Jehlego, który u znacznej liczby dzieci zdrowych przez wywołanie lordozy otrzymywał białkomocz, a znów u dzieci z białkomoczem ortotycznym (właściwym, czy też powstającym na tle zapalenia nerek) przez ustalenie kręgosłupa opatrunkiem i uniemożliwienie lordozy przy staniu zapobiegał zjawianiu się białkomoczu.

6) Kol. Prof. Rosner przedstawia chorą ze **zmięknieniem kości** porodowem, u której skutkiem bardzo małego urazu powstało złamanie szyjki uda prawego. Pomimo, że przypadek ten zdarzył się przed ośmiu miesiącami, skutkiem zmięknienia kości nie wytworzyła się blizna kostna.

7) Kol. Prof. Kader przedstawia: a) chorą 37-letnią z obustronnem **zapaleniem zniekształtniającem** stawu biodrowego z zupełnem unieruchomieniem prawego i bardzo znacznem lewego stawu. Zmiana dotyczy szyjki i główki kości udowej; miednica bez zmian z wyjątkiem okolicy panewki. Rentgenoskopia wykazuje zgrubienie kości, zatarcie jej konturów, wygięcie szyjek na zewnątrz, jak przy biodrze koślawem (coxa valga), z jednoczesnem skróceniem, — normalne beleczkowanie niewyraźne, — w kilku miejscach tak, jakby torbiele wielkości laskowego orzecha. Choroba rozpoczęła się przed sześciu laty bólami w kolanach. Co się tyczy łeczenia, to tylko ewentualnie krwawem uruchomieniem stawów możnaby chorej coś pomódz.

b) Dwóch chłopców 8- i 15-letniego, z bardzo znacznymi **garbami** w obrębie górnej trzeciej części kręgosłupa, **wskutek gruźlicy** kręgów piersiowych. Chorym grozi w razie silniejszego nagłego ruchu przesunięcie kręgów i zmiażdżenie części rdzenia. Od chwili rozpoczęcia sprawy chorobowej aż do teraz obydwaj chorzy byli leczeni gorsetami Hessinga. Prelegent jednak uważa za właściwsze leczenie takich chorych pierwotnie przez wyciąg w łóżku, potem łóżeczko ustalające sztywne, — wreszcie sztywny ustalający gorset. Leczenie takie trwa jednak kilka lat. Obecnie leży na klinice chirurgicznej chłopiec 9-letni z bardzo dużym garbem, powstałym skutkiem gruźlicy kręgów szyjnych. Przybył do kliniki z zupełnem porażeniem kończyn dolnych, pęcherza i odbytnicy. Wszystkie te objawy ustąpiły po trzech miesiącach wyciągu

c) Dziewczyna 17-letnia, która w szóstym roku życia operowana była z powodu zapalenia szpiku kości ramieniowej ręki lewej. Przy tym zabiegu przecięto nerw sprychowy, czego następstwem było zupełne porażenie mm. prostujących. D. 17. XII. 1912 wykonał prelegent zabieg następujący: Po bezskutecznej próbie odnalezienia końców przeciętego nerwu sprychowego przeniesiono oba zginacze (musculus flexor carpi ulnaris i radialis) poprzez przestrzeń międzykostną na grzbiet przedramienia tuż nad stawem nadgarstkowym i zeszyto je ze ścięgnami mm. prostujących. Chora może teraz czynnie wyprostowywać rękę i ruszać nią w dostatecznym stopniu dla zarobkowania jako szwaczka.

d) Chora 14 letnia, która przed czterema laty przebyła **zapalenie przednich rogów** rdzenia (poliomyelitis anterior). Skutkiem tego wystąpiło u niej porażenie mm. prostujących obydwu kończyn dolnych z zachowaniem działania wszystkich zginaczy. D. 6. XII. 1912 przeniósł prelegent mm. półścięgnisty, półbłoniasty i dwugłowy uda po stronie lewej ku przodowi i przyszył do górnego brzegu rzepki, przyczem na wniosek Dr Składkowskiego mięśnie te skrzyżował tak, że m. dwugłowy leży po stronie wewnętrznej a mm. półbłoniasty i półścięgnisty po stronie zewnętrznej, rzepki. Chora może teraz czynnie wyprostowywać i zginać kończynę w kolanie. Uderza w tym przypadku krótkość czasu, w ciągu którego chora nauczyła się dowolnie różniczkować ruchy i działalność mięśni, działających jednolicie jako zginacze na ruch wyprostowujący i zginający kończynę w kolanie.

e) Chory, operowany doszczętnie z powodu **nawrotu raka nosa.** Chory ten był poprzednio dwukrotnie operowany, ostatni raz przed dwoma miesiącami. Zjawił się znowu na klinikę z dużym nawrotem, zajmującym częściowo kość czołową aż do opony twardej, wewnętrzną część powiek i spojówki oka prawego, resztkę błony śluzowej nosa i część

kości szczęki górnej. Zabieg polegał na usunięciu nacieku nowotworowego mniej więcej na $1^1/_2$ cm. w granicach zdrowych. Chory zabieg ten przetrwał zupełnie dobrze. Pozostały rzecz oczywista znaczny ubytek zamyśla obecnie prelegent usunąć zapomocą zabiegu kosmetyczno-plastycznego, poczem nie omieszka chorego jeszcze raz przedstawić.

f) Chora l. 57, u której z powodu **raka nosa** wykonano zabieg, zapomocą którego usunięto tkanki nowotworowe zmienione, przyczem wycięto lewą stronę nosa, lemiesz i część kości szczęki górnej. Do pokrycia pozostałego braku użyto otaczających płatów skórnych, które po odpreparowaniu odpowiednio przesunięto.

g) Chora l. 29, operowana w klinice z powodu **gruźlicy prawej nerki.** Chorej tej usunięto nerkę prawą wraz z całym moczowodem, którego kitut po zgnieceniu i podwiązaniu pokryto ścianą pęcherza. Użyto do tego zabiegu cięcia skośnego Bergmanna.

h) Chora l. 14, u której rozpoznanie kliniczne brzmi: **gruźlica prawej ręki**. Sprawa ta rozpoczęła się przed dwoma laty bólami i obrzękiem ręki prawej, poczem wytworzyły się w okolicy łokcia i na dłoni dwa ropiejące miejsca. W chwili zgłoszenia się chorej na klinikę w okolicy przegubu łokciowego ubytek wielkości 20 hal., ropiejący, o brzegach nierównych; w górnej części ubytku przetoka idąca w górę na 10 cm.; powyżej tuż pod skórą guz wielkości gołębiego jaja, niebolesny; na wewnętrznej stronie dłoni owrzodzenie z 3 cm. długą przetoką. Wykonany zabieg polegał na wycięciu guza i wyskrobaniu przetoki. Badanie bakteryologiczne, wykonane przez kol. Krawczyńskiego, wykazało w ropie prątki błonicy.

W dyskusyi zabiera głos kol. Krawczyński i podaje wynik badania wydzieliny przyrannej i zasiewu na pożywkach z ostatniego przypadku prof. Kadera. Rozpoznaje błonicę na zasadzie charakterystycznej budowy prątków tak w ropie, jak i na pożywkach, dodatniego wyniku barwienia metodą Neissera, zachowania się hodowli na pożywkach, między innemi i na cukrach. Badania w kierunku toksyczności wykazały, że świnka morska, zaszczepiona 0·1 cm^3 tygodniowej hodowli, padła po czterech dniach.

W sprawie szpitala św. Łazarza w Krakowie

napisał

Stanisław Ciechanowski.

Poruszać wśród dzisiejszej pod każdym względem niepewnej sytuacyi, wśród ciężkiego przesilenia ekonomicznego, wśród nieczynności Sejmu, wśród fatalnych dla szpitalnictwa, choć niestety nieuniknionych oszczędności w wydatkach krajowych — sprawę potrzeb, a więc i sprawę inwestycyi w szpitalnictwie, zdawałoby się napozór rzeczą nie na czasie, prawie bezcelową. A jednak tylko napozór. Wobec bowiem zastoju, w jaki wskutek zabagnienia stosunków politycznych popadł tok inwestycyi w szpitalnictwie, wypadnie inwestycye te po uruchomieniu Sejmu i po uchwaleniu budżetu krajowego podjąć w zdwojonem tempie, aby nadrobić straty i powetować powstałe przez zwłokę szkody. Aby zaś to przyspieszenie akcyi, które wtedy okaże się konieczne, dało wyniki należyte, trzebaby się do tej akcyi już obecnie jaknajwięcej przygotować, trzeba rozpatrzyć ją dokładnie, określić postulaty, ustalić plany, żeby potem samo działanie nie utykało, nie przerywało się, a wykonanie programu nie narażało na niespodzianki, mszczące się później albo na jakości wykonanych robót, albo na nich ekonomii.

Zresztą żyjemy w czasach zdarzeń nieprzewidywanych, zwrotów gwałtownych i bardzo łatwo to, co wczoraj wydawało się niemożliwością, jutro może stać się aktualnem. Napięcie stosunków politycznych w kraju, wywołane sprawą sporów narodowych i sprawą reformy wyborczej, stało się wprost nieznośne i prawdopodobnie skończy się już za parę dni przełomem, po którym może się otworzyć gładka droga dla wszelkich spraw krajowych, a z niemi i dla szpitalnictwa. A wtedy zapóźno na roztrząsania i uwagi, gdy warunki będą do działania naglić.

Niejednokrotnie już miałem sposobność, omawiając sprawy szpitalnictwa krajowego, zaznaczyć, że jedną z najpilniejszych jego potrzeb jest zmodernizowanie obu wielkich szpitali krajowych, w Krakowie i we Lwowie. Oba bowiem obecnie znacznie pozostały w tyle w porównaniu z postępem szpitali prowincyonalnych, rozpoczętym już dawniej przez ówczesnego Szefa Dep. V., p. Onyszkiewicza i Inspektora szpitali, ś. p. Dr Łuszczkiewicza, a teraz istotnie znamienitym dzięki obecnemu Szefowi Departamentu sanitarnego Wydziału krajowego i jego współpracownikom, Inspektorom szpitali. Należy przyznać, że ta pilna potrzeba została przez Wydział krajowy w znacznej mierze odczuta i że w latach ostatnich wstąpiły oba główne nasze szpitale w okres udoskonaleń, po części nawet (jak we Lwowie zakład chorób zakaźnych, w Krakowie oddział chirurgiczny) już dokonanych, po części zaś przygotowywanych. Niemniej pozostaje do wykonania jeszcze bardzo wiele, i to w pierwszym rzędzie w szpitalu krakowskim, w którym teraz powetować się musi daleko więcej i daleko głębszych zaniedbań dawniejszych, niż w lwowskim.

Uwagi niniejsze są wyrazem nietylko osobistych moich zapatrywań, ale też w znacznej części opierają się na poglądach, które miałem sposobność słyszeć w szerszych kołach lekarskich.

Dotychczasowy program inwestycyi w szpitalu krakowskim podzielono podobno na trzy okresy. W pierwszym okresie miały być zrekonstruowane i rozszerzone (oprócz pawilonu chirurgicznego, co już zostało dokonane) oba pawilony dla chorób wewnętrznych, oraz pralnia i kuchnia szpitalna; później nastąpić miało przerobienie obecnego gmachu poklasztornego na dom administracyjny i izby przyjęć, a dalej dopiero inne budowy. Zupełnie już przygotowana pierwsza część tego programu, rekonstrukcya pawilonów chorób wewnętrznych, pralni i kuchni, utknęła wraz z czynnościami Sejmu, a chociaż w lutym 1912 zapadła w Sejmie uchwała, upoważniająca Wydział krajowy do wykonania uchwał sejmowej komisyi budżetowej, wśród nich zaś do rozpoczęcia w r. 1913 pierwszego okresu owych prac rekonstrukcyjnych, to jednak niezebranie się Sejmu i wynikający stąd brak uchwały budżetowej, a więc brak środków w skarbie krajowym, udaremniły te roboty, które powinny były już zaraz z początkiem r. 1913 być podjęte. To jak najrychlejsze rozpoczęcie robót było też postulatem najważniejszym, zgodnie zresztą z wnioskiem sejmowej komisyi sanitarnej.

Otóż już w roku zeszłym miałem sposobność podnieść, że program rekonstrukcyi szpitala krakowskiego, o ile jest dotąd znany, rozkłada się na zbyt długi okres czasu i wymaga w niejednym punkcie uzupełnień. Ciągnąc się lat kilkanaście, roboty musiałyby wpływać bardzo niekorzystnie na prawidłowy tok czynności szpitalnych, zwłaszcza gdyby budowa zupełnie nowych pawilonów pozostała na dalszym planie, gdyż wtedy roboty zmuszałyby do ciągłego przerzucania istniejących oddziałów z jednego miejsca na drugie, wywołując w starych, przepełnionych budynkach jeszcze większą ciasnotę i wieloletni nieład. Uniknąć tego możnaby tylko wtedy, jeśli równocześnie z postanowioną już adaptacyą i rozszerzeniem pawilonów chorób wewnętrznych rozpocznie się budowa tych nowych pawilonów dla chorych i tych budynków gospodarczych, które prędzej czy później z gruntu nowe stanąć muszą. Pominąwszy zaś nawet zamieszanie i powikłania, jakie w życiu szpitalnem muszą powstać przy adaptowaniu starych budynków, kiedy niema nowych, pominąwszy nieproduktywny wydatek na nieuniknione wtedy w tak wielkim szpitalu jakieś baraki tymczasowe, liczyćby się należało jeszcze z tem, że przy przekształcaniu szpitala w takich zbyt długich etapach, ledwo ukończą się ostatnie zamierzone budowle, już przez ciąg lat kilkunastu te budynki, od których roboty zaczęto, wymagać będą znowu większego remontu i w ten sposób znowu ład szpitalny, ledwo co przywrócony, narazi się na szwank. W rachubę wchodzićby tu powinny dwie jeszcze okoliczności: popierwsze przyrost liczby chorych, któremu szpital przy zbyt powolnem tempie modernizacyi nie będzie mógł nadążyć, a powtóre ciągły wzrost cen materyałów i robocizny, który, jak to już tylokrotnie w dawniejszych latach bywało, uczyni inwestycye, dzielone na zanadto liczne raty, bez porównania droższemi, niż gdyby odrazu wykonano wszystko to, co równocześnie można rozpocząć i wykonać.

Co do uzupełnień programu rekonstrukcyi i rozszerzenia szpitala, to już w roku zeszłym wymieniłem oprócz niezwłocznej budowy pawilonów położniczych, (niekrępowanej już osobno przez rząd planowaną kliniką), budowę takich oddziałów zakaźnych, jakie otrzymał Lwów i sprawę oddziałów dla dzieci.

Nie wystarczy to jednak, aby szpital postawić na nowoczesnym poziomie.

W rzeczywistości bowiem dzisiaj oprócz jedynie pawilonu chirurgicznego żadna część szpitala krakowskiego, pomimo podjętych przeróbek i ulepszeń, nie jest odpowiednia. Z tego trzeba sobie jasno zdać sprawę. Nie wystarczy rekonstrukcya paru budynków i dobudowanie paru pawilonów; rzeczywista modernizacya szpitala wymaga, jak sądzę, programu, zakreślonego na szerszą skalę, i nie można się łudzić, że da się ona opędzić jednym lub dwoma milionami koron. Dla stworzenia dobrego, chociaż skromnego, bez jakichkolwiek zbytków urządzonego szpitala potrzeba kwoty kilkakroć większej. Bez tego się w żaden sposób nie obejdzie, ale zupełnie inny będzie, mojem zdaniem, wynik, jeżeli to będzie z góry wzięte w rachubę i jeżeli według tego będzie programowo poprowadzona cała akcya, — a zupełnie inny, jeżeli braknie planu na dalszą metę i roboty będą dorywcze. W pierwszym przypadku przetworzyć się może szpital krakowski w zakład wzorowy, w drugim pozostałby, jak sądzę, na zawsze zlepkiem bez organicznej myśli przewodniej, chromającym to w tę, to w ową stronę. W pierwszym przypadku da się poważny wydatek wyzyskać istotnie ekonomicznie, w drugim przypadku wydatek, mojem zdaniem, mniejszym nie będzie, ale daleko gorzej wyzyskanym. Doświadczenia, zebrane przy rekonstrukcyi i rozszerzaniu wielu szpitali prowincyonalnych w latach dawniejszych, kiedy zamiast gruntownych reform według ogólnego planu ograniczano się do stopniowych przeróbek, co parę lat z musu potem ponawianych, a coraz kosztowniejszych, są tu wymownym argumentem.

Skoro jednak szpital krakowski nie da się doprowadzić do należytego stanu kosztem mniejszym, to odrazu nasuwa się pytanie, czy nie byłoby korzystniej, zamiast przerabiać i rozszerzać stary, stworzyć w przyszłości zupełnie nowy zakład w innem miejscu? W tym względzie słyszałem zdania rozmaitc. Między innymi jako argument najsilniejszy podnoszono, że obecny teren szpitalny jest w znaczniejszej części nizko położony, wilgotny, do celów budowlanych nienajlepszy. Zdaje mi się wszakże, że argument ten niema większego znaczenia, gdyż budowa kolektora w tej części miasta w krótkim już czasie dostatecznie grunta osuszy. Natomiast za pozostawieniem szpitala w miejscu dotychczasowem przemawia cały szereg względów, w pierwszym rzędzie wzgląd finansowy i wzgląd na ludność miasta, której szpital służy. Obecnie niema już w bliższych częściach miasta nigdzie tak dużego terenu, aby na nim można nowy szpital wygodnie rozmieścić, przeniesienie zaś jedynego szpitala gdzieś na kraniec »Wielkiego Krakowa« byłoby wprost błędem. Nie bez znaczenia jest także dla szpitala sąsiedztwo uniwersyteckich zakładów lekarskich, z powodu zawsze koniecznych i korzystnych różnorakich stosunków wzajemnych. Niemniej wchodzi w rachubę i to, że obecne otoczenie szpitala, zabudowane swobodnie, nie zwarto (kliniki, klasztory, zakłady dobroczynne z dużymi ogrodami) stwarza w tej części miasta wielki rezerwoar powietrzny, dostatecznie przewiewny. Oczywiście jednak nie powinno być bezpośrednie sąsiedztwo teraźniejszego szpitala zabudowywane zwartymi blokami wielkich domów czynszowych.

Jednem słowem na pytanie, czyby nie było korzystniej usunąć kiedyś szpital z obecnej jego dogodnej siedziby prawie w środku miasta, wypaść powinna odpowiedź, jak sądzę, przecząco. Prawdopodobnie pytanie to było już przedmiotem dokładnych badań przez powołane czynniki i chyba taksamo zostało rozwiązane, skoro przygotowano plany przebudowy bądźcobądź znacznej. Rzecz inna, że ze wzrostem miasta za lat kilkadziesiąt trzeba będzie pomyśleć o drugim szpitalu w innej połaci Krakowa, boby ani obecny teren szpitalny w końcu na dalsze dobudowy nie wystarczył, aniby też wzrost liczby łóżek w jednym szpitalu ponad pewną liczbę nie był korzystny. Toteż należałoby, zdaje mi się, już teraz obejrzeć się za jakimś przydatnym pod drugi szpital terenem, który teraz jeszczeby można nabyć łatwo i stosunkowo tanio, gdy za lat kilkadziesiąt, a choćby kilkanaście, już wcale go dostać nie będzie można. Nasuwa się tu na myśl okolica dawnego Zakładu kontumacyjnego, gdzie wkrótce staną mają miejskie zakłady sanitarne, dom izolacyjny, zakład dezynfekcyjny, i gdzie już zresztą miasto ofiarowuje krajowi pewną przestrzeń gruntu na cele szpitalne.

Z drugiej strony, skoro już mowa o zabezpieczeniu gruntów pod budowy szpitalne, uważałbym za konieczne i pilne, by i istniejący szpital zabezpieczył sobie, póki czas jeszcze, dostateczną swobodę rozrostu w przyszłości. Nie jest to możliwe ku południowi, gdyż z tej strony jest terytoryum szpitala św. Łazarza już raz na zawsze zamknięte przez ruchliwą i ważną arterye komunikacyjną: ulicę Grzegórzecką. Słabszą, aczkolwiek zawsze niedogodną granicę stanowi od północy ulica Kopernika; tu jednak ostatni już stosowny teren, który można było nabyć, (szpital św. Ludwika), nie został na czas, gdy jeszcze niżej go szacowano, przez kraj uzyskany. Pozostaje więc jeszcze tylko strona zachodnia i wschodnia, dopóki jeszcze ruch budowlany nie zapuścił tuż pod okna szpitalne fatalnych swych zagonów. Od zachodu wchodzi w rachubę spory klin gruntów prywatnych, wrzynający się w sam środek terytoryum szpitalnego (znany pod nazwą »enklawy«), który zagraża tem, że tuż pod pawilony szpitala wsuną się tyły i podwórka domów, stawianych przy ślepej ulicy, idącej w głąb tego klina. Zakupno więc tego klina dla szpitala jest niezbędne i powinnoby nastąpić bezzwłocznie dopóki jeszcze potrwa depresya cen, wywołana obecnem przesileniem ekonomicznem, bo gdy ona minie i w obrębie klina stanie choćby jeden dom, to wtedy gruntu tego już dokupić się nie będzie można. Od wschodu nadałby się może dla szpitala kilkomorgowy teren, należący obecnie do zgromadzenia zakonnego SS. Franciszkanek. Teraźniejsze terytoryum szpitalne na wszystkie potrzebne pawilony prawdopodobnie nie wystarczy i bez jego rozszerzenia szpital, jeśli tak powiedzieć można, »udusi« się z czasem ciasnotą.

Przez zaokrąglenie zwłaszcza zachodniej granicy można terytoryum szpitalnemu nadać kształt dla celów szpitala najodpowiedniejszy. Wtedy nasuwałoby się samo przez się umieszczenie dalszych pawilonów dla chorób wewnętrznych oraz dla chorób dzieci w połaci zachodniej, części zaś chirurgiczno-ginekologicznej w połaci wschodniej; przy granicy północnej gmach poklasztorny, przebudowany na sale przyjęć, biura, magazyny i mieszkania służby, leżałby dogodnie pomiędzy obu temi częściami; na granicę południową odsunęłyby się pawilony, które muszą od innych stać zdala i powinny mieć dostęp także bezpośredni z ulicy, jakoto niewielkie stacye obserwacyjne (salle d'admission) dla chorych umysłowo i dla chorób zakaźnych (o czem później), a w kącie południowo-zachodnim w pobliżu prosektoryów uniwersyteckich stanąćby mógł szpitalny dom przedpogrzebowy w połączeniu może z miejską izbą na zwłoki (morgue). Na kuchnie, pralnie i t. p. budynki (np. kotłownie dla ogrzewania centralnego) pozostałoby wtedy miejsce, jak mi się zdaje, najodpowiedniejsze, od wszystkich pawilonów jednakowo odległe, w samym środku terytoryum szpitalnego.

Nie mam oczywiście pretensyi, aby właśnie takie tylko, a nie inne miało być rozplanowanie naszego zreformowanego szpitala; głównie bowiem chodzi mi nie o ten, czy inny plan, lecz o to, aby wogóle odrazu już ustalić jakiś całkowity generalny plan rozmieszczenia wszystkich koniecznych w przyszłości pawilonów i w ten sposób uzyskać na końcu organicznie powiązaną całość, od początku zaś podstawę do opracowania ogólnego kosztorysu i potem do systematycznego, konsekwentnego działania.

Przechodząc do szczegółów, zacznę od tych części szpitala, dla których już przygotowano szczegółowe plany rekonstrukcyi i obliczono koszta, gdzie więc roboty mogą i powinny zacząć się bezzwłocznie. Taką częścią, pilno wymagającą przebudowania i rozszerzenia, nie mogącą się jednakże obejść bez pewnego prowizoryum, są naprzód dwa pawilony chorób wewnętrz-

nych. Równoczesna rekonstrukcya obu pawilonów nawet przy przeniesieniu części chorych do jakiegoś baraku tymczasowego, nie będzie chyba możliwa; gdy więc jeden pawilon będzie się rekonstruować, tymczasem w drugim przepełnienie, i tak już teraz dotkliwe (liczby podałem w dawniejszych mych uwagach), bezwarunkowo wzrośnie. Na ten czas konieczne jest urządzenie rzeczywiście skutecznej wentylacyi (np. elektrycznej), któraby w salach, mieszczących przeważnie chorych gorączkujących, już oddawna istnieć powinna. Obecnie tam właśnie, gdzie chorzy powinni mieć dużo świeżego powietrza, nieraz oddychać nie można, lekarze oddziału z trudnością tylko pracują, a po dwugodzinnem przebywaniu w bardzo złem powietrzu nie mogą już pełnić swych zadań z pożądaną świeżością umysłu; często też zapadają na zdrowiu. Konieczne też jest stworzenie jakiegoś tymczasowego lokalu na podręczne pracownie dla oddziałów wewnętrznych, gdyż w szczupłym pokoiku kancelaryjnym brak nieraz miejsca na wykonanie najkonieczniejszych nawet badań mikroskopowych, chemicznych i serologicznych. Ale, co ważniejsza, projekt rekonstrukcyi, przedstawiony Sejmowi, zwiększa liczbę łóżek na każdym z obu oddziałów wewnętrznych z 88 łóżek tylko na 107, gdy już obecnie na 80 łóżkach (8 łóżek jest dla służby) etatowych mieścić się musi nieraz po 130 chorych. Zrekonstruowane pawilony będą więc odrazu (jak to podniosłem już w r. 1911 i 1912) za ciasne nawet na potrzebę obecną, nie mówiąc już o naturalnym corocznym przyroście ogólnej liczby chorych, chociażby nawet z pawilonów wewnętrznych usunięto gruźlicę »otwartą«, co bezwarunkowo stać się powinno. Dlatego mniemam, że równocześnie z rekonstrukcyą obu starych, powinna być rozpoczęta budowa trzeciego nowego pawilonu dla chorób wewnętrznych, lub adaptacya na ten cel obecnego budynku administracyjnego, aby usunąć przepełnienie obecne i stworzyć konieczną rezerwę wolnych łóżek, oraz wolny oddech na przyszłość. Druga nasuwająca się tu ewentualność, większe dobudowy celem podniesienia liczby łóżek na obu istniejących oddziałach ponad 107, nie może chyba wchodzić w rachubę, bo takie oddziały byłyby zbyt liczne. I tak już przy 107 łóżkach musi być personal lekarski tych oddziałów zwiększony (przyjmując, że jeden lekarz obsłużyć może dobrze 20 chorych, powinnoby być już obecnie, gdy stan oddziału dochodzi bardzo często do 110 chorych, a czasem liczbę tę przekracza, prócz prymaryusza najmniej po 6 lekarzy na oddziale), a obok prymaryusza powinnoby być utworzone stanowisko »starszego lekarza« (Oberarzt) na wzór instytucyi, oddawna z wielką korzyścią zaprowadzonej powszechnie w Niemczech.

W szpitalu krakowskim takich »starszych lekarzy« potrzebowałyby w stopniu nie mniejszym także inne oddziały. Przy wzrastającej wziętości szpitala krakowskiego garną się do niego coraz liczniej chorzy np. chirurgiczni, liczba poważnych operacyi wzrasta tak szybko, że podołać im przechodzi siły jednostki; obok prymaryusza powinien każdy oddział rozporządzać doświadczoną siłą, mogącą zastąpić prymaryusza w razie np. choroby, koniecznego wyjazdu, urlopu, uzdolnioną do kierowania wykształceniem młodszych, świeżo wstępujących lekarzy szpitalnych, do prowadzenia pracowni oddziałowej, czemu dziś prymaryusz sam jeden nie jest w stanie podołać. Niezmiernie ważnym względem, przemawiającym za wprowadzeniem do szpitala »starszych lekarzy«, jest z jednej strony rosnąca specyalizacya medycyny i konieczność pozyskiwania dla szpitala na stałe sił pomocniczych ze specyalnemi wiadomościami, z drugiej potrzeba wyrabiania przyszłych prymaryuszy dla większych szpitali prowincyonalnych, mających już kilka oddziałów. Oczywiście, aby zatrzymać w służbie takich »starszych lekarzy« na dłuższy szereg lat, trzebaby im zapewnić przynajmniej emeryturę po wysłużeniu pewnego okresu. Dodam, że pomysłu »starszych lekarzy« nie rozciągam tutaj na inne szpitale poza Krakowem. Każdy bowiem szpital jest organizmem żywym, mającym swoją indywidualną linię rozwoju i swe indywidualne potrzeby; im bardziej się tę indywidualność uwzględni, tem szpital będzie sprawniejszy, działalność jego owocniejsza; wciskanie szpitali, zwłaszcza większych, w jakiś zbyt pedantyczny szablon, może im tylko szkodę przynieść. Toteż, pisząc o »starszych lekarzach«, mam na myśli wyłącznie potrzeby szpitala krakowskiego.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 12. III. 1913 posiedzenie, na którem odbył się wykład prof. Dr Bądzyńskiego: »Przemiana materyi w ustroju zdrowym i chorym«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Maryan Gieszczykiewicz, rodem z Krakowa.

— Prof. Dr Przemysław Pieniążek mianowany został przez Towarzystwo lekarskie krakowskie członkiem honorowym.

— Krakowskie ochotnicze Towarzystwo ratunkowe w XXII. roku swej działalności miało 37.082·60 k. dochodu, w czem legat ś. p. Jerzmanowskiej 40.000 k., wydano 16.962·92 k., ulokowano w walorach 11.485·65 k., gotówki pozostało 8.635·18 k. Majątek Towarzystwa wynosił z końcem r. 1912 — 63.138·22 k. Członków ma Towarzystwo tylko 261, co zupełnie nie odpowiada ani zaludnieniu Krakowa, ani wielkim usługom, jakie Towarzystwo ludności miasta oddaje. W ciągu r. 1912 interweniowało Pogotowie ratunkowe w 5697 przypadkach (od założenia udzieliło ogółem pomocy w 71.980 przypadkach). Oprócz tego przewiozło Pogotowie w r. z. 1886 chorych do szpitali, klinik i t. d. Statystykę działalności Pogotowia co do częstości wyjazdów według dni, tygodni, co do wieku, płci i zatrudnienia chorych, rodzaju przypadków i t. d. zestawił w tegorocznem Sprawozdaniu wyczerpująco i przejrzyście sekretarz Towarzystwa Dr Wacław Zakrzewski. Wobec znacznego wzrostu czynności Pogotowia okazuje się obecny jego lokal w głównej strażnicy pożarnej oddawna za ciasny; wprawdzie w r. z. zdołało Pogotowie uzyskać tam od miasta jeszcze jeden pokój, który użyto na rozszerzenie sali opatrunkowej, niemniej jednak potrzeba własnego, obszerniejszego budynku staje się naglącą. Sprawa ta znajduje się na dobrej drodze, wkrótce już bowiem otrzyma zapewne Pogotowie od miasta bezpłatnie pod budowę domu około 200 sążni w sąsiedztwie strażnicy pożarnej, a Towarzystwo zgromadziło już także pewne zasoby pieniężne, pozwalające budowę rozpocząć. Także i z innego względu wstępuje Towarzystwo w nowy okres; mianowicie w r. z. powiodło mu się ostatecznie uregulować sprawę stałych dyżurów lekarskich, które pełniło 7 lekarzy (koszt pomocy lekarskiej wynosił 12.336 k.); oprócz tego pełniło równocześnie służbę ratowniczą 60 rygorozantów i starszych studentów medycyny. Prezesem Towarzystwa był r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz, wiceprezesem Prof. Dr Braun, sekretarzem Dr W. Zakrzewski, kierownikiem Pogotowia Dr Pachoński.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. III. do 8. III. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 2 † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 1, płonicy 5 † 2 (1 † —), odry 3, duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki 1 † — (1 † —), róży 1 † 1.
Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 3. III. do 10. III. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † 1, duru wysypkowego 3 † —, róży —.
Dr Trenkner.

Zmarli: Lord Ilkeston (Dr Foster) jedyny lekarz powołany do Izby lordów.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Purgen. Prof. Dr Roberto Wernicke ogłasza w »Annales del Circulo Médico« Buenos Aires, lipiec 1904. wynik swych doświadczeń na 50 chorych w »Hospital de Clinikas« i uważa na tej podstawie purgen za najlepsy środek przeczyszczający dzisiejszej doby.
Ba: W.

